

ANNÉE 1916

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Emile UZAN

Né à Tunis le 31 janvier 1891

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille de bronze de l'assistance publique

DE LA DYSTOCIE

PAR

PROCIDENCE DES MEMBRES

Président : RIBEMONT-DESSAIGNES, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1916

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESEUR, G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
	TEISSIER
Pathologie chirurgicale.	LEJARS
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	AUGUSTE BROCA
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	N.
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSO
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
	POZZI
Clinique gynécologique.	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile.	
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance.	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
AGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMARES	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE CAID MICAEL UZAN

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Paris

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR POTOCKI

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
Accoucheur des Hôpitaux

*Qui nous a inspiré le sujet de
notre thèse et a bien voulu nous
aider de ses conseils.*

Témoignage de sincère reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MONSIEUR LE DOCTEUR ANSELME SCHWARTZ

Hôtel-Dieu 1910-1911

MONSIEUR LE DOCTEUR SERGENT

Charité 1911

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Hôtel-Dieu 1912

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS (*in memoriam*)

Hôtel-Dieu 1912-1913

MONSIEUR LE DOCTEUR OULMONT

Hôpital Beaujon 1913-1914

MONSIEUR LE DOCTEUR SÉBILEAU

Hôpital Lariboisière 1914-1915

MONSIEUR LE DOCTEUR POTOCKI

Hôpital de la Pitié 1915

MONSIEUR LE DOCTEUR KLIPPEL

Hôpital Tenon 1915-1916

A MM. LES DOCTEURS PIQUAND, KENDIRDJY,
POUPARDIN, GUIMBELLOT, LEMAITRE,
HALPHEN, GUIBÉ, ROUGET.

DE LA DYSTOCIE PAR PROCIDENCE DES MEMBRES

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Pendant notre stage d'accouchement comme externe dans le service de notre Maître M. Potocki, à la Maternité de la Pitié, nous avons eu l'occasion de voir un cas intéressant de procidence d'un bras pour lequel M. Potocki dut intervenir. C'est sur ses conseils que nous résolûmes d'écrire notre sujet de thèse inaugurale sur *la Procidence des membres*.

Cette complication n'est heureusement pas très fréquente, mais « elle l'est néanmoins assez pour être une des grosses terreurs du praticien » (1).

Nous n'insisterons pas au sujet de l'historique de la question. Celui-ci a été en effet bien étudié dans les thèses de Toussaint et surtout de Rubé.

Les anciens auteurs confondaient la procidence d'un membre avec sa sortie hors de l'utérus, comme

1. Varnier, in *Revue pratique d'Obstétrique et d'Hygiène de l'enfance*, nov. 1890.

par exemple la déflexion du bras dans la présentation de l'épaule.

La chute du bras inspirait aux anciens accoucheurs et chirurgiens une grande terreur. « Aussi regardait-on cet accident comme très grave, car si la réduction n'avait pas lieu par les efforts de la nature, après avoir épuisé une série de moyens plus ou moins ridicules, tels que le pincement de la main, les chi-quenaudes, la glace, on essayait de refouler le membre au devant de la poitrine avec des espèces de fourche, et enfin si on ne réussissait pas, on en venait à la torsion ou à la section du bras comme le conseillait Ambroise Paré » (1).

Guillaumin, élève d'Ambroise Paré, préconisait aussi ce traitement.

C'est Mauriceau (2) qui le premier, en 1681, a rapporté de nombreuses observations de procidence des membres supérieurs et inférieurs. Avant lui, les auteurs traitaient de la même façon la déflexion d'un bras dans la présentation de l'épaule et la procidence du membre supérieur. Dans son *Traité d'accouchement* Mauriceau indique comme traitement la réduction. Il a cité plusieurs observations de procidences complexes, c'est-à-dire des présentations simultanée de mains et de pieds (obs. 145, 206, 522).¹

Après lui, Portal (3) consacre quelques lignes à la question dans son *Traité pratique des accouchements*.

1. Toussaint. Thèse de Paris. 1865.

2. Mauriceau, *Traité d'accouchement*, 1694.

3. Portal, *Pratique des accouchements*, 1685, p. 35.

Arnaud Pierre (1) rapporte deux observations de procidence des membres supérieurs (obs. 44 et 63).

De la Motte (2) essaye d'expliquer la production des procidences par la théorie de la culbute encore en faveur à cette époque.

Deventer (3) a fait représenter dans son *Traité d'accouchement* une figure (fig. 17) montrant une présentation de la face en mento-pubienne avec procidence des deux bras. Pour lui, la cause la plus importante des procidences est l'obliquité utérine.

Smellie (4), accoucheur anglais, cite un cas de procidence où il dut pratiquer une perforation crânienne.

Puzos (5), Astruc (6) Deleurye (7) dans leurs traités sont partisans de traiter les procidences, dans tous les cas, par la version.

Baudelocque (8) a insisté surtout sur la procidence des membres supérieurs et « le premier a fait remarquer qu'elles pouvaient se réduire spontanément sous l'influence du travail, mais que leur persistance

1. Arnaud Pierre, *Observations sur les accouchements*, Paris 1715.

2. De la Motte, *des Accouchements naturels et contre-nature*, 1721.

3. Deventer, *Traité d'accouchement*, traduit par d'Ablaincourt. Paris, 1733.

4. Smellie, *Traité des accoucheurs*, traduit par de Préville, 1759.

5. Puzos, *Traité des accouchements*, 1759.

6. Astruc, *Traité des accouchements*, 1770.

7. Deleurye, *Traité des accouchements*, 1770.

8. Baudelocque, *Traité d'accouchements*, t. II, p. 109, 1789.

était sans influence fâcheuse toutes les fois que le bassin est bien conformé ».

Gardien (1) et Capuron (2) n'ont fait que reproduire les idées de leur maître Baudelocque.

M^{me} Lachapelle (3) en 1821, consacre deux mémoires IX et X à la procidence du cordon et des membres, le premier de ces mémoires étant consacré à l'étude théorique et pratique des procidences, le deuxième aux observations cliniques.

Après, M^{me} Boivin (4) dresse une statistique personnelle. Cazeaux (5), Velpeau (6), Maygrier n'ont rien ajouté et ont simplement cité quelques observations personnelles.

En 1859, Hugo Pernice (7) traduit un article bien documenté, mais souvent obscur et diffus de W. Redlich.

En 1860 et 1863 Tarnier (8) et Joulin (9) étudient dans leurs thèses d'agrégation, à propos des dystocias d'origine fœtale, la procidence des membres et rapportent quelques observations intéressantes.

1. Gardien, *Traité complet d'accouchements*, 1824.

2. Capuron, *Cours théorique et pratique d'accouchements*, Paris, 1811.

3. M^{me} Lachapelle, *Pratique des accouchements*, t. III, Mémoire IX, p. 212, 1821.

4. M^{me} Boivin, *Mémorial de l'art des accouchements*, 1836.

5. Cazeaux, *Traité des accouchements*.

6. Velpeau, *Traité complet d'accouchements*. Paris, 1835.

7. Hugo-Pernice, *Mémoire traduit du D^r W. Redlich, in thérapeutique du Midi*, 1859.

8. Tarnier. Thèse d'agrégation. Paris, 1860.

9. Joulin. Thèse d'agrégation. Paris, 1863.

En 1865, Toussaint (1) fait le premier sa thèse inaugurale sur *la Procidence des membres*.

En 1872, Depaul (2) fait une leçon de clinique fort intéressante et insiste particulièrement sur la conduite à tenir.

En 1880, Spiegelberg (3) resume la question des procidences d'une façon concise.

En 1882, Naïs (4), élève de Depaul, écrit sous son instigation, une thèse sur la procidence des membres inférieurs.

En 1890, Varnier fait paraître un article très intéressant surtout au point de vue de l'étiologie.

En 1904, Nocten (5) écrit une thèse sur la procidence des membres et rapporte un grand nombre d'observations inédites. L'année suivante Labelle (6) choisit, comme sujet de thèse, *les Procidences en général*.

En 1906, Audebert (7) fait paraître un article intéressant sur le diagnostic de la procidence des membres par le palper, et la réduction par manœu-

1. Toussaint. Thèse de Paris déjà citée.

2. Depaul, *Clinique* parue dans *Archives de tocologie*, 1875, p. 723.

3. Spiegelberg *Lehrbuch der Geburtshülfe*, 1878.

4. Naïs, *la Dystocie par procidence des membres inférieurs*. Thèse de Paris, 1882.

5. Nocten, *de la Procidence des membres dans l'accouchement*, Thèse de Paris, 1904.

6. Labelle, *Contribution à l'étude des Procidences dans les présentations céphaliques*. Thèse de Paris, 1905.

7. Audebert, in *Journal d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie pratiques*, p. 289, septembre 1906.

vres externes avant le travail. Benelli (1), médecin à Bastia, cite la même année un cas pour lequel il avait diagnostiqué, bien avant l'accouchement, une procidence d'un membre par le palper.

Perret (2), a publié les statistiques du professeur Budin à la clinique Tarnier, depuis 1898, jusqu'en 1905.

Bumm (3), dans son *Précis d'Obstétrique*, consacre un chapitre à la procidence des membres, intéressant au point de vue de l'étiologie de cette complication.

Enfin, ces dernières années, ont paru quelques observations de procidence de deux membres inférieurs (Leroy (4), Bilsted, Maiocchi) (5), ou de plusieurs membres (Beau, Uzabo).

Après ce court aperçu historique, nous essayerons dans le chapitre qui va suivre de donner une définition précise des procidences et nous en indiquerons les différentes variétés.

Un deuxième chapitre sera consacré à la statistique.

Nous étudierons ensuite l'étiologie des procidences c'est-à-dire les causes pouvant favoriser la production des procidences, et les causes réelles de leur production.

1. Benelli, in *Journal des Praticiens*, 29 décembre 1906.

2. Perret, in *d'Obstétrique* de 1900 à 1906. Statistique de la clinique Tarnier Service Budin.

3. Bumm, *Précis d'Obstétrique* en 28 leçons, 1912.

4. Leroy, in *l'Obstétrique* 1912, t. I, p. 198.

5. in *Arte Obstétrica*. Milano, 15 mars 1902.

Le quatrième chapitre concernera le diagnostic, le cinquième le pronostic. Dans le dernier chapitre, nous exposerons la conduite à tenir.

Nous rapporterons ensuite un certain nombre d'observations inédites puisées dans les Archives de la Maternité de la Pitié et que notre Maître Potocki a bien voulu nous autoriser à publier, et nous exposons ensuite nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION ET VARIÉTÉS

La Procidence (1) des membres est « la chute intempestive d'une petite partie fœtale qui n'appartient pas à la présentation, précède ou accompagne celle-ci, lorsqu'elle tend à s'engager ou s'engage dans la filière pelvi-génitale ». Telle est la définition que donne Pinard, et qui nous semble englober toutes les variétés de procidence, que nous allons énumérer.

M^{me} Lachapelle avait donné la définition suivante : « La procidence est la chute intempestive d'une partie quelconque du fœtus, qui, vu sa ténuité ou sa mobilité, ne pourra constituer par elle-même une position particulière et qui, au contraire, accompagnera ordinairement la présentation d'une région plus étendue. » Cette définition n'est pas tout à fait exacte, car, pour qu'il y ait procidence, il faut que la partie du fœtus « qui ne pourra constituer par elle-même une position particulière » ne fasse pas partie intégrante de la présentation.

1. *Procidentia* (Pline), terme médical : descente, déplacement.

Ainsi, lorsqu'une présentation de l'épaule s'accompagne de sortie du bras de même nom que l'épaule qui se présente, on a alors à faire non pas à une procidence mais à une simple présentation de l'épaule avec déflexion du bras.

M^{me} Lachapelle ajoute d'ailleurs un peu plus loin « qu'elle ne regarde pas comme procidence, ou du moins comme procidence pathologique, celle de la main dans la présentation de l'épaule, ni celle du pied avec les fesses ; ce n'est pas un accident mais une conséquence, une dépendance naturelle de la position principale. »

Nous devons aussi donner une définition des mots latérocidence et procubitus qui ne sont que des variétés.

Ces deux mots sont d'ailleurs absolument synonymes. Le premier a été employé par Budin, le second par Pinard.

Nous dirons qu'il y a latérocidence, ou procubitus, lorsqu'un membre n'appartenant pas à la partie fœtale qui se présente, accompagne celle-ci, quand elle tend à s'engager ou s'engage au niveau de la filière pelvi-génitale. Ce n'est donc qu'un degré de procidence.

Enfin les auteurs anglais emploient très souvent le mot prolapsus, terme réservé en France à la chute d'organes au point de vue chirurgical ; cependant on emploie souvent le terme de membre prolabé pour membre procident.

A chaque présentation correspondent plusieurs variétés de procidence.

Dans la présentation du sommet on peut avoir, un, deux, trois ou quatre membres procidents avec toutes les combinaisons possibles ; il en est de même pour la face et le front. Dans les présentations de l'épaule on peut avoir un membre supérieur procident de nom contraire à l'épaule qui se présente et un ou deux membres inférieurs. Enfin, dans la présentation du siège, seuls un ou deux membres supérieurs peuvent être prolabés ; toutes ces combinaisons que nous venons d'énumérer ont été observées cliniquement ; quelques-unes constituent une rareté.

Suivant la position du membre prolabé par rapport à la présentation, on pourra distinguer des procidences antérieures, postérieures et latérales.

Dans les variétés postérieures, qui sont les plus fréquentes, le membre procident se place au niveau de la symphyse sacro-iliaque, car c'est à ce niveau que se trouve le plus grand espace vide entre le bassin osseux et la présentation. Viennent ensuite les procidences antérieures qui sont d'un pronostic plus sévère. Enfin les procidences latérales sont très rares.

Suivant le nombre de membres prolabés, la procidence est dite simple, double, complexe. La procidence est dite simple lorsqu'un seul membre est prolabé, double lorsque deux membres du même nom sont prolabés, et complexe s'il y a en même temps un ou deux membres supérieurs et un ou deux

membres inférieurs. Cette dernière variété ne peut pas se rencontrer dans les présentations du siège, mais peut se rencontrer dans les présentations de l'épaule.

Les procidences dites compliquées sont celles dans lesquelles le cordon accompagne un ou plusieurs membres ; elles sont fréquentes, car « la procidence d'un membre appelle la procidence du cordon. »

Par rapport au moment où les procidences se produisent on peut les diviser en primitives et secondaires ou consécutives. Les premières, en effet, existent déjà avant le travail. Les autres sont la conséquence du travail. Rubé(1), dans sa thèse, parle de ces deux variétés et il ajoute : « La première variété (c'est-à-dire la variété primitive) est la plus rare et est le résultat d'une anomalie de l'attitude que le fœtus prend dans l'utérus. » Contrairement à Rubé, nous pensons que c'est la variété primitive qui est la plus fréquente.

La deuxième variété se produit au cours du travail pendant la période de dilatation et surtout au moment de l'écoulement des eaux, quand celui-ci a lieu brusquement ; après l'engagement de la tête, et surtout à la période d'expulsion proprement dite, la procidence ne peut plus se former ; cela s'est vu, pourtant paraît-il, pour le membre supérieur, « mais on peut toujours supposer alors que cette disposi-

1. Rubé, Thèse de Paris, 1872.

tion existait auparavant et qu'elle avait passé inaperçue, soit par suite de l'élévation de la main, soit par suite d'un examen trop rapide » (1).

Nous devons mentionner ici encore une autre variété de procidence qui, si elle était recherchée systématiquement, serait certainement plus fréquente. C'est une variété que nous pouvons désigner sous le nom de « fugitive ». A un moment donné, le toucher a montré très nettement l'existence d'une procidence ; on refait le toucher peu de temps après et on constate que le membre procident a disparu complètement ; ceci se voit presque toujours au moment du travail.

Il nous reste à indiquer deux dernières variétés, très discutées. La première a été rangée, cependant, par plusieurs auteurs, dans la catégorie des procidences, en particulier par Spiegelberg, Stoltz et Rubé. Nous voulons parler de ce que Simpson, le premier, a désigné sous le nom de « dorsal displacement ». On désigne sous ce nom « une position du bras replié sur la nuque, produisant un obstacle qui, venant butter contre la symphyse pubienne, empêche l'engagement et la progression de la tête ». Ainsi donc, dans la procidence dite primitive comme dans le « déplacement dorsal », il y a situation anormale d'un membre du fœtus. Dans le premier cas, le membre primitivement fléchi s'est défléchi en restant du côté du plan ventral du fœtus, et dans le second

1. Jacquemier, *Manuel d'accouchements*.

cas, en même temps que la déflexion du bras, il s'est produit un déplacement en arrière de ce bras ; seulement, dans le « déplacement dorsal », lorsque la tête se présente en occipito-pubienne, le bras se trouve arrêté dans sa chute par la symphyse pubienne, obstacle qui ne l'arrête pas lorsqu'il reste du côté du plan ventral du fœtus. Lorsqu'au contraire, la tête se présente en occipito-sacrée, ce déplacement suivant le plan dorsal peut toujours exister, mais il pourra se convertir en une procidence véritable puisque le bras ne rencontrera en arrière aucun obstacle, de sorte que le déplacement dorsal, comme le déplacement ventral, pourra être le premier degré d'une procidence et on peut donner au « déplacement dorsal » le nom de *rétrocodile*.

La dernière variété de procidence dont il nous reste à parler est la chute des membres, consécutive à une version maladroite. Cazeaux (1), Charpentier (2), dans leurs traités en citent des exemples. Certains auteurs étudient cette complication à propos des accidents de la version et Nocton, dans sa thèse, ne considère pas ce cas comme une véritable procidence. Nous pensons, au contraire, avec Depaul, qui désigne ces cas sous le nom de *procidences accidentelles*, que l'on doit ranger ces chutes du bras parmi les procidences, car leur pronostic et leur

1. Cazeaux, *Traité d'accouchements*.

2. Charpentier, *Traité d'accouchements*, t. II, p. 568.

traitement est le même que pour les procidences naturelles.

Nous résumons, dans un tableau d'ensemble, les différentes variétés de procidence que nous venons d'énumérer.

Tableau indiquant les variétés de Procidence.

Degré	{ Procidence proprement dite. { Procubitus ou latérocidence.
Présentation foetale	{ Avec le sommet. { Avec la face ou le front. } 1 à 4 membres. { Épaule : 1 seul membre sup. et 2 infér. { Siège : 2 membres supérieurs.
Position par rapport à la tête foetale	{ Antérieure { Postérieure } droite ou gauche. { Latérale
Nombre de membres procidents	{ Simple : 1 seul membre. { Double : 2 membres du même nom. { Complexe : 1 ou 2 membres sup. et 1 ou 2 membres inf. { Compliquée : 1 ou plusieurs membres et le cordon.
Moment de la production	{ Primitive : existant avant le travail. { Secondaire : se produisant au moment du travail. { Fugitive : apparaissant à un moment donné et disparaissant avant l'accouchement.
Autres variétés	{ Déplacement dorsal ou rétrocidence. { Procidence opératoire ou accidentelle.

CHAPITRE II

STATISTIQUE

Les différentes statistiques publiées sur les procidences donnent des écarts considérables et l'on ne peut véritablement pas indiquer, d'une façon très précise, la fréquence de cette complication en obstétrique.

Si l'on fait une moyenne générale de toutes les statistiques, il est certain que la fréquence des procidences des membres est plus forte qu'on ne le croit généralement.

Il est vrai que les procidences (surtout quand il s'agit de procubitus) ne constituent pas dans la majorité des cas une dystocie véritable. Franqué, qui a compulsé les comptes rendus de 247.570 accouchements faits à Nassau de 1843 à 1859, a recueilli seulement 61 procidences ayant nécessité une intervention, mais nous croyons que ce chiffre est inférieur à la moyenne générale.

M^{me} Lachapelle, la première, nous a donné sa statistique sur les procidences du cordon et des membres. Elle a recueilli 45 observations dont 11 pour

les procidences des membres, compliquées ou non de la chute du cordon, sur un total de 15.652 accouchements (1) ; cette statistique donne une procidence pour 1.423 accouchements, chiffre très au dessous de la moyenne ; mais M^{me} Lachapelle nous prévient elle-même qu'elle soupçonne quelques négligences dans les registres et elle pense que les procidences des membres doivent se rencontrer plus souvent qu'elle ne les a indiquées.

M^{me} Boivin a trouvé un chiffre encore bien plus faible que le précédent. Elle trouve sur un total de 20.357 accouchements, 4 cas de procidence des membres, ce qui fait environ 1 cas pour 5.060 accouchements. Il semble que les anciens auteurs aient tous indiqué des chiffres plus bas que les proportions actuelles, et cela tient sans doute pour une part à ce qu'ils ne tiennent compte des procidences qu'en tant qu'elles constituent une grave complication à la marche régulière du travail ; aucun auteur ancien ne parle d'ailleurs du procubitus des membres.

Dans la statistique de Depaul (1) portant sur 17.613 accouchements, cet auteur a noté 163 procidences des membres compliquées ou non de procidence du cordon, soit une procidence pour 102 accouchements ; ce chiffre bien plus fort que les premiers, et quoique un peu élevé, se rapproche beau-

1. M^{me} Lachapelle, *Mémorial des accouchements*, 3^e tableau, 1^{er} volume.

1. Depaul, *Leçon clinique* in *Archive de Tocologie* 1875, p. 723.

coup plus de la réalité que les proportions indiquées par M^{me} Lachapelle ou par Baudelocque.

Voici à titre d'indication un tableau indiquant toutes les statistiques que nous avons pu réunir de procidences des membres.

M^{me} Lachapelle, sur 15.652 accouchements, 11 procidences, soit 1/1423.

M^{me} Boivin, sur 20.357 accouchements, 4 procidences, soit 1/5089.

Baudelocque, sur 17.499 accouchements, 7 procidences, soit 1/2500.

Depaul, sur 17.613 accouchements, 163 procidences, soit 1/102.

Busch (Berlin), sur 4.214 accouchements, 91 procidences, soit 1/47.

Maternité de Vienne, sur 9.369 accouchements, 2 procidences, soit 1/4.684

Institut de Halle, sur 2.191 accouchements, 48 procidences, soit 1/60.

Blaud, sur 1.897 accouchements, 8 procidences, soit 1/237.

Merrimann, sur 2.947 accouchements, 13 procidences, soit 1/227.

Hugenberger, sur 8.210 accouchements, 152 procidences, soit 1/54.

Chiari, sur 9.639 accouchements, 13 procidences, soit 1/741.

Simpson, sur 1.421 accouchements, 32 procidences, soit 1/44.

Pinard, sur 6.185 accouchements, 11 procidences, soit 1/562.

Budin, sur 12.442 accouchements, 52 procidences, soit 1/239.

Nocton, sur 5 642 accouchements, 19 procidences, soit 1/296.

Labelle, sur 5.509 accouchements, 25 procidences, soit 1/222.

Potocki (Statistique de la Pitié), sur 10.490 accouchements, 35 procidences, soit 1/299.

Statistiques particulières.

Winckel, portant sur les cas de procidence dans *la face*, 25 sur 400, soit 6,2 o/o ;

Naïs portant sur les procidences des *membres inférieurs*, 3 sur 3.054.

Si nous consultons ce tableau nous trouvons de grosses différences et la proportion varie de 1/44 à 1/5.000. Nous avons déjà essayé de donner une explication de ce grand écart et nous ajouterons que, comme dans toute statistique quelle qu'elle soit, à moins de comporter un très grand nombre de cas, le hasard peut jouer un grand rôle.

Pour avoir un chiffre se rapprochant le plus de la réalité, nous avons additionné les différents cas de notre tableau et nous trouvons, au total, 686 procidences pour 151.977 accouchements (1) ce qui nous donne la proportion d'une procidence pour 222 accouchements. La statistique de Labelle donne exactement cette même proportion.

Notre statistique porte sur les observations du service de notre Maître Potocki à la Maternité de la Pitié et à l'hôpital Saint-Antoine. Nous avons trouvé,

1. Nous n'avons pas fait rentrer dans ce total les statistiques de Naïs et de Winckel concernant des statistiques particulières.

en compulsant les registres, un total de 35 procidences pour 10.490 accouchements, depuis le 1^{er} janvier 1908 jusqu'au 27 novembre 1915, soit 1/299. Ce chiffre se rapproche très sensiblement de celui indiqué dans la statistique de Nocton (1/296). Il ne concerne que les cas d'enfants vivants au début du travail et ayant dépassé le terme de 7 mois, tandis que Nocton a cité plusieurs cas de fœtus nés longtemps avant terme et non viables.

Le chiffre que nous indiquons doit nous sembler encore au-dessous de la réalité car très souvent il existe des cas où la main ne fait qu'accompagner la tête sans provoquer de déplacement et ne déterminant qu'un peu de gêne des différents temps de l'accouchement et ces cas sont fréquemment méconnus.

Il existe aussi plus souvent qu'on ne le croit des procidences fugitives. Nous en avons recueilli deux observations X et XVI et nous nous rappelons également avoir vu pendant notre stage d'accouchement une femme en travail, avec une dilation de cinq francs environ, chez laquelle la sage-femme de garde avait diagnostiqué un *procubitus* d'une main qui disparut lorsque la femme fut réexaminée à la salle de travail.

Ces cas, il est vrai, ne constituent pas toujours une dystocie véritable, mais ils peuvent cependant, en prolongeant la durée du travail, fatiguer la femme et prédisposer à l'infection ou à l'inertie utérine.

Les procidences ne sont pas également fréquentes

dans toutes les variétés que nous avons énumérées dans le chapitre précédent.

Les membres inférieurs se rencontrent avec une fréquence beaucoup moindre que les membres supérieurs. M^{me} Lachapelle, n'en a rencontré dans toute sa longue pratique qu'un seul cas, alors qu'elle a rencontré 10 cas de chute des membres thoraciques. Depaul, dont la statistique porte sur un beaucoup plus grand nombre de cas, a rencontré sur un total de 163, 18 procidences des membres inférieurs, soit 1 procidence pour 553 accouchements (sa statistique ayant porté sur 16.613 accouchements). Naïs qui a écrit sa thèse sur les procidences des membres inférieurs en a relevé 3 cas sur 3.054 accouchements. Dans la statistique de Perret, nous relevons 4 cas. D'autres auteurs ont rencontré cette complication moins souvent et indiquent la proportion de 1/8000 à 1/10.000, M^{me} Boivin ne cite qu'un cas de procidence des membres pelviens sur plus de 20.000 accouchements; il est vrai qu'elle n'a relevé que 3 cas de procidences des membres thoraciques.

Très souvent, quand il y a chute des pieds, il y a également chute des bras et, comme dit M^{me} Lachapelle, « les pieds ne tombent presque jamais que dans des circonstances tellement favorables qu'ils sont toujours accompagnés ou du cordon ou de la main. » Elle nous cite, à l'appui de ses dires, des observations de Mauriceau n° 45 et 200, et celles de Arnaud 207 et 289, pour le premier cas et deux observations des mêmes auteurs (145 de Mauriceau,

339 de Arnaud) pour le second cas ; cependant elle cite aussi des observations où les pieds étaient tombés seuls (obs. 301, 302, et 308 de Delamotte).

Généralement tous les cas de chute des membres inférieurs seuls, ou accompagnés d'une autre petite partie fœtale, ont lieu lorsque les fœtus sont expulsés bien avant terme. Il en est ainsi par exemple, dans les quatre cas de procidence des membres inférieurs que nous cite Nocton et où le plus gros fœtus ne dépassait pas 2.500 grammes.

Dans nos observations, nous n'avons pu recueillir qu'un seul cas de prolapsus d'un membre inférieur et encore était-il accompagné d'un membre supérieur et du cordon (obs. XXVIII) ; le fœtus qui fut extrait par version, pesait 2.480 grammes.

Les procidences se rencontrent-elles le plus souvent, comme on l'a dit, dans les présentations du sommet ? Il est évident que le nombre total des procidences dans les présentations du sommet est plus considérable que dans les autres présentations, puisque les présentations du sommet constituent 95 o/o des présentations en général. Mais, consultons les proportions relatives entre les procidences et les différentes présentations. Il y a peu de statistiques complètes à ce sujet, la plupart englobant toutes les variétés. Cependant Winckel a publié une statistique portant sur 400 cas de présentation de la face et il aurait noté sur ce chiffre 25 procidences, soit une procidence pour 16 présentations de la face, proportion bien supérieure à celle des procidences

du sommet (1). D'autres auteurs ont, il est vrai, indiqué une proportion beaucoup plus faible et Cazeaux n'aurait rencontré qu'une procidence sur 250 présentations de la face. Dans notre statistique, nous notons, sur 83 présentations de la face, un cas de procidence (obs. XVI) ; mais, dans 2 autres cas, la tête était défléchie et était en présentation du front (obs. XXVI et XXXIII), ce qui fait donc en réalité 3 cas (car les présentations du front sont comprises dans celles de la face), soit 1 pour 28.

Comme nous le verrons plus loin, la théorie est d'ailleurs d'accord avec la clinique pour expliquer la plus grande fréquence de cette complication dans les présentations de la tête défléchie.

Les procidences dans les présentations de l'épaule sont exceptionnelles ; seuls les membres inférieurs ou le bras opposé à l'épaule qui se présente peuvent d'ailleurs être procidents dans ce cas. M^{me} Lachapelle cite une observation de ce genre de Mauriceau (n° 527) et 2 observations de Arnaud (p. 247 et 368).

Dans les présentations du siège, Hugenbergger a noté, sur 152 procidences, 7 accompagnant l'extrémité pelvienne, mais il n'indique pas le nombre d'accouchements par le siège qu'il a observés. Sa statistique ayant porté sur un nombre total de 8.210 accouche-

1. Les procidences avec le sommet doivent, en effet, être considérées comme étant moins fréquentes encore que les procidences en général puisque celles-ci sont constituées en majorité par les procidences avec le sommet et par des procidences avec la face ou le siège qui sont plus fréquentes.

ments, si nous admettons qu'il a observé une présentation de l'extrémité pelvienne pour 60 accouchements (chiffre moyen des statistiques), nous trouvons 7 procidences pour 140 accouchements par le siège, soit une procidence pour 20 présentations du siège. Dans notre statistique, nous relevons 3 observations (n^{os} II, III et XXII) de chute d'une main à côté du siège ; deux fois le siège était décomplété, mode des fesses et une fois on était en présence d'un siège complet (obs. III). D'après M^{me} Lachapelle, au contraire, la procidence se rencontrerait plus souvent avec le siège complet qu'avec le siège décomplété, mode des fesses. Nous notons un total de 542 présentations de l'extrémité pelvienne, soit 1 procidence pour 180.

Cette proportion est plus forte par conséquent que pour le sommet.

Nous dirons donc que les procidences se rencontrent par ordre de fréquence avec la présentation de la face ou du front, avec le siège, puis avec le sommet et enfin avec l'épaule; mais, au point de vue absolu, les procidences compliquant la présentation du sommet sont, au contraire, de beaucoup les plus nombreuses.

En ce qui concerne le degré de la procidence, aucune statistique ne nous donne des chiffres exacts; les auteurs ne précisent pas s'il y a procubitus ou procidence proprement dite. Seule la statistique de Labelle portant à la fois sur les procidences du cordon et des membres, indique la différence. Cer-

tains auteurs disent s'il y a procidence du bras ou seulement de la main ; ainsi Nocton a rencontré sept fois la main et neuf fois le bras. Dans la statistique de l'Institut de Hulle il a été noté ving-six fois la main et huit fois le bras.

Dans notre statistique, nous trouvons, sur un total de 35 procidences, 11 procubitus. Nous avons donc rencontré deux fois plus de procidences que de procubitus ; mais il est probable qu'une recherche systématique de cette dernière complication entraînerait une modification notable dans cette proportion.

Quelle est la variété de position de la procidence, par rapport à la tête fœtale ou au bassin, que l'on rencontre le plus souvent ?

D'après Kuhn, la variété antérieure serait la plus fréquente et cet auteur l'aurait rencontrée soixante-sept fois sur quatre-ving-deux. Cependant la plupart des auteurs, et Varnier et Redlich, en particulier, indiquent au contraire que c'est la variété postérieure qui serait la plus fréquente. Dans le mémoire de Hugo-Pernice, traduit de Redlich, cet auteur nous dit que c'est la variété postérieure qui est la plus fréquente sans en fournir une explication : « Ce qu'il y a de remarquable, dit-il, c'est que, en thèse générale, c'est le membre placé en arrière, c'est-à-dire sur la paroi postérieure du bassin qui se dévie et se place à côté de la tête ». Ce fait pourrait peut-être s'expliquer par ce que c'est surtout en arrière, au niveau des échancrures sacro-iliaques qu'existe le plus grand espace, de sorte que le bras postérieur

en se déplaçant aura plus de facilité à dépasser la grande circonférence céphalique que le bras antérieur.

Quant aux variétés latérales, elles rentrent le plus souvent dans les catégories précédentes, et il est exceptionnel que le membre procident soit placé exactement au milieu de la demi-circonférence droite ou gauche du bassin.

La règle est que le membre procident s'échappe du côté qui correspond à son attache fœtale. Il est en effet, exceptionnel qu'une main droite, par exemple se trouve du côté gauche du bassin ou une main gauche du côté droit. Cependant Pernice, Simpson, Dubois, Playfair, en ont cité plusieurs exemples. Varnier considère ces cas comme « des observations exceptionnelles de contorsions bizarres et qui n'ont chance d'être reconnues qu'après l'expulsion du fœtus. »

Voyons maintenant quelle est la fréquence de chaque variété dite simple, double, compliquée et complexe.

La variété simple est de beaucoup la plus fréquente. Toutes nos observations concernent des procidences d'un seul membre, sauf l'observation n° XXVIII.

Les procidences doubles sont rares. Celles des membres supérieures ont été observées quatre fois dans la statistique de l'Institut de Halle. Pernice en cite également quatre cas, Simpson un cas. Les procidences doubles des membres inférieurs sont excep-

tionnelles. Nocton dit cependant avoir rencontré deux fois les deux pieds.

Les observations de procidences compliquées sont nombreuses. Winckel a donné la proportion de $1/7$. Labelle note 9 procidences compliquées sur 27. Sur nos 35 observations recueillies, nous notons dix procidences du cordon.

Les procidences complexes sont rares ; elles concernent le plus souvent de petits fœtus ; mais on a cité plusieurs cas de chute des quatre membres se rapportant à de gros enfants et terminés heureusement par version. Dans la statistique déjà citée de l'Institut de Halle, nous relevons, sur quarante-huit procidences, une fois une main et deux pieds ; une fois deux mains et un pied.

Nocton n'a rencontré qu'une procidence complexe sur 5.642 accouchements et nous-même nous n'en avons relevé qu'un cas sur 10.490.

Pour les variétés primitives et secondaires, il est fort difficile d'établir une statistique même approximative. Pour la plupart des auteurs, les variétés primitives sont plutôt rares. Avec Audebert, Benelli Pernice, etc, nous pensons que ces variétés sont plus fréquentes, au contraire, que les variétés secondaires. En dehors des cas, en effet, où le diagnostic est fait avant le travail, si la rupture de la poche des eaux n'a pas été tout à fait brusque, si le fœtus n'est pas de très petite taille, s'il n'y a pas un rétrécissement marqué du bassin, il est fort probable que la procidence existait déjà avant la rupture de la poche des

eaux et qu'elle n'a pas pu être diagnostiquée. « Il est difficile, en effet, d'expliquer qu'un bras puisse glisser avec la tête au moment du travail si le fœtus a une attitude normale, les bras croisés ». Il faudrait que le bras soit défléchi antérieurement avant que l'engagement ne soit amorcé.

Les variétés fugitives ne sont pas rares. Nous en avons observé deux cas (obs. X et XVI) et elles demandent à être recherchées plus attentivement ; ce sont des variétés presque toujours primitives, car elles apparaissent avant le travail et c'est par les progrès du travail qu'elles disparaissent.

Les déplacements dorsaux du bras, que nous avons désignés sous le nom de « rétrocidence », sont des cas très rares. Ils ont été signalés pour la première fois par Simpson (1) en 1850. En 1884, Lorry relate dans *American Journal of Obstetric* un cas analogue et réunit toutes les observations publiées jusqu'à cette date et qui sont au nombre de douze : 5 cas de Simpson, un de Murray en 1859, un de Fox de Sudbury en 1862, deux de Macdonald de la même année, un de Brocqway en 1878, un de Lewis et enfin celui de l'auteur. Chez les auteurs français nous n'avons trouvé aucun cas analogue.

Pour les procidences chirurgicales, on ne peut fournir de statistique, mais ces cas, résultant d'une tentative de version mal faite, ne sont pas exceptionnels puisque les meilleurs accoucheurs en ont signalé des cas personnels.

1. Simpson, in *Proceedings of Edimburgh Obstetrical Society*, 13 février 1850.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

La plupart des classiques, en général, et avec eux, Toussaint, Rubé et Nocton, dans leurs thèses, distinguent, comme causes des procidences, des causes d'origine maternelle et d'autres d'origine fœtale, qui sont principalement l'abondance du liquide, la rupture subite des membranes, les viciations pelviennes (surtout le rétrécissement du bassin), la multiparité et, d'autre part, la mobilité fœtale, la petitesse du fœtus, les présentations anormales ou irrégulières du fœtus, l'insertion vicieuse du placenta.

Nocton ajoute que, d'une manière générale, la cause principale consiste dans l'espace vide laissé entre la tête et le segment inférieur de l'utérus.

Cependant Labelle, et d'autres auteurs, en particulier Varnier, Spiegelberg, etc, font jouer un grand rôle au défaut d'accommodation. Labelle, en particulier, nous dit : « La vraie cause des procidences accompagnant la présentation céphalique est la non-accommodation de la tête fœtale au bassin maternel. La multiparité, l'insertion basse du placenta, les

viciations pelviennes, l'hydramnios sont des causes très importantes de procidence, principalement par la non-accommodation pelvienne qu'elles déterminent. »

Deux conditions sont en général indispensables, selon nous, à la procidence d'un membre. La première, très importante, est celle dont nous avons déjà parlé, c'est le défaut d'accommodation de la présentation fœtale au niveau du détroit supérieur. Il en résulte comme conséquence que, entre la grande circonférence fœtale et la paroi utérine, existe un certain espace à travers lequel peut passer ou s'insinuer une petite partie fœtale. Normalement, en effet, lorsqu'il y a accommodation parfaite, « si on fait, nous dit Varnier, après congélation, une coupe médiane antéro-postérieure d'une parturiente, morte au début du travail, on trouve la tête exactement recouverte comme d'une étroite calotte, et sans interposition de la moindre couche liquide au niveau de la grande circonférence, par la paroi du segment inférieur doublée des membranes. Le liquide amniotique est rassemblé avec les petites parties entre la paroi du corps utérin et le plan ventral du fœtus et, s'il en passe quelques gouttes pour former la poche des eaux plate ou à peu près, dans ces conditions d'accommodation parfaite, ce n'est que par une filtration lente et difficile. »

Donc la première condition pour la production des procidences est la non-accommodation au niveau du détroit supérieur ; mais quelles sont les causes

qui déterminent ce défaut d'accommodation ? Ce sont une partie de celles que nous avons déjà citées et qui sont, par ordre d'importance décroissante : 1^o les viciations pelviennes, avec, en premier lieu, l'étroitesse du bassin ; 2^o l'insertion vicieuse du placenta ; 3^o les présentations vicieuses de la tête ; 4^o le relâchement de la paroi utéro-abdominale ; 5^o l'hydramnios.

Nous examinerons tout à l'heure successivement chacune de ces causes ; mais voyons d'abord la deuxième condition à la production des procidences. C'est le déplacement préalable du membre qui va faire procidence.

Dans les conditions normales, l'attitude du fœtus *in utero*, ou *habitus*, est la suivante :

« La colonne vertébrale est fortement fléchie et le tronc recourbé du côté ventral. La tête est inclinée en avant, le menton tout proche du sternum. Les membres inférieurs sont ramenés contre le ventre avec flexion des hanches et des genoux. Les bras sont croisés sur la poitrine ou logés dans les angles qu'elle forme avec la tête (1). » Cette attitude se rencontre d'ailleurs déjà chez l'embryon très jeune, nous dit Bumm, alors que le fœtus aurait bien assez d'espace pour s'étaler dans la cavité de l'œuf. Cette attitude n'est donc pas due à la compression exercée par l'utérus sur le fœtus mais « correspond le mieux à l'état des os et des articulations du fœtus ainsi

1. Bumm, *Précis d'Obstétrique en 28 leçons*, 2^e édition française, 1915.

qu'au développement et à l'innervation de sa musculature. » Normalement, cette attitude que nous venons de décrire d'après Bumm, est constante ; le fœtus fait, il est vrai, quelques mouvements des membres, mais il n'abandonne jamais longtemps sa flexion quand il déplace ses extrémités. Ainsi la procidence se trouve alors nécessairement liée à une anomalie de l'attitude normale. « Pour qu'il y ait procidence d'un membre, il faut que celui-ci ait abandonné sa flexion typique et se soit mis en extension plus ou moins complète en s'éloignant du tronc. »

Cette cause est très importante, on peut même dire qu'elle est indispensable à la production d'une procidence, car, dans les cas où il y a défaut d'accommodation, s'il n'y a pas en même temps modification de l'attitude normale du fœtus, si le bras, par exemple, n'est pas défléchi, la procidence ne sera pas possible, l'extrémité des doigts ne dépassant pas l'épaule.

Pour beaucoup d'auteurs, en particulier pour M^{me} Lachapelle, la procidence se produirait au moment de la rupture de la poche des eaux, par le flux du liquide. Il est certain que cette cause est absolument insuffisante à produire un si grand déplacement du bras. Au moment de la rupture de la poche, il y a contraction utérine le plus souvent, les membres ne peuvent donc pas se déplacer. Il faut qu'il y ait déjà une déflexion marquée du bras et alors le flux de liquide ne fait qu'augmenter cette déflexion et faire apparaître ainsi la procidence.

De plus, ce déplacement primitif du bras, précédant la procidence et amenant la main au niveau de la joue ou du pariétal de l'enfant, expliquerait la production de la procidence dans les cas assez nombreux où l'on ne trouve aucune cause de non-accommodation ; dans ces cas, qui sont fréquents puisque nous trouvons au moins douze de nos observations pour lesquelles on ne note aucune cause de procidence, il y a, en somme, présentation dès le début du travail à la fois de la tête et d'une main placée auprès de celle-ci. Cette sorte de présentation se rencontre très fréquemment, d'après Bar, chez certaines espèces animales, alors que chez la femme « la tête du fœtus a pris un tel développement qu'elle remplit à elle seule la cavité pelvienne et que les membres restent en général pelotonnés contre le tronc du fœtus. »

Nous dirons donc que, presque toujours, il se produit une déflexion du membre précédant sa chute. Le défaut d'accommodation facilite beaucoup la procidence. Il suffit alors d'une cause adjuvante, souvent minime ; c'est ainsi qu'agit la rupture brusque de la poche des eaux amenant un flux rapide de liquide amniotique, surtout si cette rupture s'est produite, la femme étant debout. La mobilité du fœtus ou sa petitesse, et la grossesse gémellaire sont aussi des causes adjuvantes. Elles ont été considérées par différents auteurs comme déterminantes et « elles ne sont devenues importantes que par leurs répétitions » (Varnier).

Examinons maintenant les causes déterminant un

défaut d'accommodation et les causes adjuvantes.

Viciations pelviennes. — Tous les auteurs ont indiqué l'importance de cette cause pour la production des procidences et c'est surtout le rétrécissement du bassin qui est le plus important à considérer. M^{me} Lachapelle l'a mentionné. Pour Depaul, c'est la cause qu'il a rencontrée le plus souvent ; dans ces conditions, en effet, nous dit Depaul « la saillie sacro-vertébrale peut retenir la tête au-dessus du détroit supérieur et permettre à la main de glisser au-dessous d'elle. » Dans notre statistique, nous relevons 6 cas sur 35 (obs. I, VI, VIII, XII, XX, XXVI).

Certains auteurs, en particulier, Mattei, ont fait jouer un rôle à l'ampleur du bassin, mais il y a un très petit nombre d'observations de ce genre. On peut expliquer cette cause par le fait que le bassin, devenu trop large, pourra admettre facilement le bras à côté de la tête.

2. *L'insertion vicieuse du placenta* est un facteur très important pour la production des procidences car : 1^o « par son épaisseur, il gêne l'entrée de la région fœtale dans le bassin » ; 2^o il sollicite les membranes à la rupture prématurée, ainsi que l'a établi Pinard. Varnier, sur 27 cas de procidences, attribue six fois la chute du membre à l'insertion vicieuses du placenta. Nocton cite 7 cas sur 28. Nous avons noté 3 cas sur 35 (obs. n^{os} VIII, XVIII et XXVII) pour lesquels l'insertion vicieuse du placenta a pu jouer un rôle important.

3. *Présentations vicieuses de la tête.* — Dans cette catégorie rentre d'abord la déflexion de la tête.

Nous avons vu que les procidences sont, en effet, très fréquentes dans les présentations de la face ou du front (1/16. Winckel 1 sur 28, statistique personnelle). Il y a également l'obliquité de la tête par rapport au détroit supérieur ; la tête n'est plus d'aplomb sur le détroit supérieur et incline un peu du côté d'une fosse iliaque. Dans les deux cas, le membre trouve un espace assez large pour sortir car l'aire du détroit supérieur n'est pas obturé par la tête défléchie ou inclinée latéralement. Nous avons observé 3 cas de tête défléchie (obs. n^{os} XVI, XXVI et XXVI).

Relâchement de la paroi utéro-abdominale. — C'est une cause importante de procidence, car celui-ci exerce une grande influence sur la non-accommodation pelvienne et sur la production des présentations vicieuses ; le relâchement se voit uniquement chez les multipares et c'est pour cette cause qu'il faut expliquer la plus grande fréquence des procidences chez ces dernières. Il y a également une autre cause de procidences chez les multipares, c'est l'engagement tardif de l'extrémité céphalique qui se fait plus de bonne heure en général chez les primipares. Bar nous dit qu'il y a huit fois plus de procidences chez les multipares que chez les primipares. Ce chiffre nous paraît exagéré. Nocton a noté 8 primipares pour 20 multipares. Dans notre statistique, nous trouvons presque autant de primipares que de multipares (17 primipares et 18 multipares).

5° *Hydramnios*. — On sait que l'abondance de liquide amniotique est une cause de non engagement; l'utérus étant en effet surdistendu par le liquide, les contractions qui ordinairement agissent sur le fœtus ne peuvent agir directement sur lui et par conséquent ne peuvent adapter la présentation au détroit supérieur.

Les autres causes que nous avons à citer sont bien moins importantes, ce sont :

a) *Rupture brusque des membranes*. — Celle ci se produit en général quand il y a excès de liquide. C'est, pour M^{me} Lachapelle, la cause la plus importante, ce n'est en réalité, comme nous l'avons déjà vu, qu'une cause accessoire.

b) *Petitesse du fœtus*. — La petitesse du fœtus est une cause adjuvante assez importante. Fréquemment les procidences se produisent chez les petits fœtus, nous ne tenons pas compte ici des cas où le fœtus n'est pas viable, mais il est certain que dans les accouchements prématurés, les procidences se rencontrent avec une fréquence plus grande que dans les accouchements à terme.

Nous notons dans nos observations 12 cas de fœtus d'un poids inférieur à 2.750 grammes, dont six parmi eux pèsent moins de 2.500 grammes.

Il faut attribuer ce fait à ce que la tête étant très petite, le bassin peut admettre facilement à la fois l'extrémité céphalique et le bras sans qu'il soit nécessaire qu'il y ait un défaut d'accommodation.

La grosseur du fœtus prédisposerait également,

d'après certains auteurs, aux procidences. D'après Nocton, qui nous rapporte le cas d'un enfant de 4.500 grammes avec une procidence de la main, « une tête trop grosse ne peut s'adapter que difficilement au détroit supérieur, laissant une sorte de passage que le petit membre viendra combler ». Ceci ne pourrait se voir, dans tous les cas, que pour les très gros fœtus.

Mobilité fœtale. — Elle dépend à la fois de la petitesse du fœtus et de l'abondance du liquide. Un gros fœtus ne pourra pas se mouvoir dans un utérus à l'étroit, sans liquide, et la déflexion du bras ne pourra pas alors se produire. Notre observation XXXII en est un exemple.

Grossesses gémellaires. - - Elles prédisposent aux procidences : 1° parce que les fœtus sont petits et que l'accouchement est prématuré ; 2° parce qu'il y a généralement excès de liquide ; 3° parce que l'utérus est conformé pour un seul fœtus, et que deux fœtus ne peuvent pas être accommodés dans le même utérus ; 4° lorsque le premier fœtus est expulsé, le second aura un grand espace vide *in utero*. C'est en effet le cas le plus fréquent. Nous notons dans nos observations cinq procidences d'un membre au dépens du second fœtus et aucune aux dépens du premier. Nous avons recueilli ces 5 cas (obs. IX, XV, XVII, XXIII, XXXII) sur 136 accouchements gémellaires ce qui donne la proportion de 1 procidence pour 27.

On a encore signalé une cause intéressante de procidence qui peut se produire dans le cas suivant : Il

y a présentation de l'épaule avec déflexion d'un bras ; la présentation de l'épaule se transforme en présentation céphalique, ces cas sont malheureusement trop rares et on les a désignés sous le nom de version spontanée. Celle-ci ne peut se produire que s'il y a excès de liquide permettant au fœtus d'évoluer aisément dans l'utérus. Nous avons cité dans nos observations un cas de ce genre (obs. XX) dans lequel la version spontanée de la tête qui était dans la fosse iliaque gauche s'est produite au moment de la rupture artificielle de la poche des eaux et où le prolapsus n'a été diagnostiqué qu'au moment de la version spontanée, et devait probablement exister auparavant.

Mentionnons également le cas de procidence produite par l'accoucheur lui-même. Ce cas se produit quelquefois quand on veut faire une version podalique par manœuvres internes ; l'accoucheur croyant dégager un pied amène la main et détermine ainsi une procidence. Il peut arriver encore que, ayant saisi un pied ou les deux pieds à la fois, l'accoucheur n'a pas pu faire remonter la tête ; cela se produit en général lorsque l'utérus est rétracté et qu'il y a peu de liquide, deux contre-indications de la version. Chailly rapporte un fait de ce genre dans lequel les manœuvres de version mal dirigées avaient amené au détroit supérieur, avec la tête, le bras gauche, et pour laquelle la version n'aurait pas dû être faite.

Dans la *rétrocidence*, il y a déplacement du bras en arrière ; nous avons déjà vu que la seule différence

qui existe entre le « déplacement dorsal » et la procidence dite primitive, est que dans le premier cas le déplacement du bras se fait en arrière de la tête qui se trouve en O. P., et le bras se trouve arrêté par la symphyse pubienne, tandis que dans le cas de procidence le déplacement se fait du côté du plan ventral du fœtus et le bras peut continuer à descendre.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de procidence d'un ou plusieurs membres peut être fait avant tout début de travail ou bien pendant le travail ; dans ce dernier cas on peut le faire soit avant la rupture de la poche des eaux, soit après.

Les classiques, ainsi que les différents auteurs de thèses, ne mentionnent nullement les moyens de diagnostiquer la procidence avant le travail (quand il s'agit de procidence primitive). Cependant Tarnier et Budin indiquent la possibilité de faire le diagnostic par le toucher dans les dernières semaines de la grossesse.

Audebert (1) nous cite deux observations très intéressantes où il put faire le diagnostic longtemps avant le travail. Benelli (2) a également cité une observation du même genre. Gautier (3) a commu-

1. Audebert, in *Journal d'Obst. de Gyn. et d'Obst.* déjà cité.

2. Benelli, in *Journal des Praticiens.*

3. Gautier, in *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 déc. 1893, p. 776.

niqué à la Société médicale de Genève un cas où, grâce au toucher, il sentit une petite extrémité fœtale, mais pour lequel il pensa à une présentation du siège et tenta même une version par manœuvres externes qui ne réussit pas puisqu'il s'agissait d'une présentation céphalique avec procidence du pied, comme cela fut prouvé par la suite.

Dans la première observation d'Audebert, il s'agissait d'une VII-pare chez laquelle le palper abdominal « montra l'existence d'une petite partie fœtale qui se trouvait au voisinage de la tête. Cette partie fœtale était mobile et présentait tous les caractères d'une main. »

La deuxième observation concernait une primipare chez laquelle le palper montra que « la tête était mobile et soulevée, comme par un coin. Elle donnait l'impression de rouler sur un corps mobile qui était un petit membre. »

Ces deux observations montrent très nettement que le diagnostic de la procidence avant le travail est possible et ceci est d'autant plus intéressant que l'on peut admettre que « souvent la procidence aurait échappé au doigt pratiquant le toucher et par conséquent serait restée insoupçonnée dans le premier degré de procidence quand la main est appliquée sur le pariétal et ne dépasse pas la grande circonférence céphalique. »

Il y a un autre procédé de faire le diagnostic précoce bien avant le travail. Ce procédé a été signalé par certains classiques ; mais, outre qu'il est dange-

reux, il est fort rare qu'on puisse en tirer profit. C'est le toucher intracervical. Nous avons pu recueillir une observation de ce genre (n° X) ; il s'agissait d'une femme, entrée au dortoir dix jours avant son accouchement et chez laquelle un toucher pratiqué aisément, le col étant perméable pour l'index, permit d'atteindre au bout du doigt la tête avec une petite partie fœtale à côté. Cependant nous ne recommandons pas ce procédé.

Quelles sont les signes qui permettent de faire le diagnostic de procidence d'un membre pendant le travail ?

D'abord on peut voir si le membre est hors du vagin ; mais il ne faut pas conclure de suite à une procidence. Nous avons déjà vu que, dans une présentation de l'épaule, un membre prolabé ne constitue pas une procidence. Il faut pour qu'il y ait procidence que ce membre n'appartienne pas à la partie fœtale qui se présente. Il ne faut pas non plus tomber dans l'erreur contraire et ne pas conclure tout de suite, comme on a tendance à le faire quand on voit un membre supérieur hors du vagin, à une présentation de l'épaule avec bras défléchi. « Le nombre de procidences d'un bras accompagnant la tête et pris en ville par des sages-femmes ou des médecins pour des présentations de l'épaule, nous dit Depaul, est assez considérable, et il ne se passe pas d'année où, dans cet hôpital, de semblables erreurs ne soient constatées quatre ou cinq fois. »

M^{me} Lachapelle cite également l'exemple de Henschel (1) qui commit la même erreur.

Il faut donc, en règle générale, rechercher avant tout la présentation par un toucher attentif. Nous n'insisterons pas, outre mesure, sur ce diagnostic qui est classique, mais nous indiquerons cependant en quelques mots les caractères distinctifs.

Le sommet donne au toucher la sensation d'une tumeur dure, arrondie, présentant sur la ligne médiane un sillon, la suture sagittale avec une partie plus large la fontanelle postérieure.

La face est quelquefois difficile à reconnaître car, lorsque la bosse séro-sanguine est volumineuse, presque tous ses caractères distinctifs disparaissent et elle peut être prise pour un siège, l'orifice buccal étant pris pour l'anوس, et les joues présentant alors tous les caractères des fesses. Dans les cas faciles on pourra sentir les arcades sourcilières, au milieu, une dépression aboutissant à une saillie, le nez, percé de deux orifices, puis la bouche, puis la saillie du menton.

Le siège présente deux parties molles, les fesses avec au milieu le sillon interfessier et l'anوس ; les organes génitaux ne peuvent pas être atteints, sauf dans de rares exceptions.

L'épaule se reconnaît aux caractères suivants. On suit le membre prolabé avec le doigt jusqu'à sa racine ; on pénètre alors facilement dans le creux de

1. Henschel, in *Bibliot. médicale*, t. XVI, p. 410.

l'aisselle ; on peut également reconnaître le gril costal, grâce aux saillies et dépressions peu marquées formées par les côtes et les espaces intercostaux. On a parfois confondu, nous dit le Dr Ramsbotham, qui a été témoin d'une pareille erreur, le gril costal avec la tête ; on prend alors les bords des côtes pour les pariétaux. Mais, si pareille erreur est possible, il est certain qu'un toucher plus attentif nous en mettrait à l'abri.

Le diagnostic de la présentation, avant la rupture des membranes, est parfois rendu difficile par suite de la tension de la poche des eaux. Dans d'autres cas, la partie qui se présente demeure si élevée qu'il est difficile de faire le diagnostic par le toucher. « Il faut alors, pour faciliter l'examen, appliquer l'autre main au-dessus de la région pubienne et exercer une légère pression afin de faire descendre la tête et de rendre plus accessible au doigt la partie foetale qui se présente. » La palpation abdominale, dans l'intervalle des contractions, peut aussi nous fournir des renseignements précieux. Le siège est plus gros et moins dur. La face se distingue du sommet par la présence d'une encoche qui est le sillon du cou. L'auscultation pourra rendre également de grands services.

Comment reconnaître maintenant la présence d'un petit membre ?

Lorsque les membranes sont intactes, il y a souvent une grande difficulté à reconnaître la procidence, car alors souvent la présentation et le membre

demeurent élevés. Il y a un signe qui doit mettre sur la voie pour rechercher s'il y a procidence et « auquel dit Cazeaux, on ne saurait accorder une trop grande importance ; c'est la saillie considérable de la poche des eaux ; elle est l'indice ordinaire d'une présentation défectueuse et partant réclame toute la sollicitude de l'accoucheur. »

On peut sentir, au travers des membranes par le toucher un petit membre appliqué contre la tête ou le siège et qui peut se déplacer sous la pression du doigt explorateur. Le diagnostic n'est pas difficile, en général, « il suffit d'appliquer avec précaution, de crainte de provoquer la rupture des membranes, cette petite partie contre la tête où le siège qui forme un plan résistant et l'on constate successivement les détails qui permettent de distinguer une main d'un pied » et que nous examinerons dans un instant ; mais parfois la tête est trop élevée ou trop mobile pour pouvoir appuyer contre elle le petit membre fœtal. « On en est réduit à essayer d'appuyer ce membre contre les parois du bassin, mais c'est une manœuvre plus difficile quand le membre est élevé, car alors il fuit sous le doigt. »

Ce diagnostic peut être fait bien avant la dilatation complète, mais plus l'orifice utérin est petit, plus le diagnostic différentiel entre un pied et une main sera malaisé.

Lorsque les membranes sont rompues, le diagnostic est plus facile. Cependant, dans les cas de latérocidence, si le toucher n'est pas profond, si le doigt

explorateur ne contourne pas toute la circonférence céphalique ou le siège, le membre ectopié peut passer inaperçu. On recommande d'ailleurs de faire le toucher, non pas avec un seul doigt, mais avec deux doigts ou même d'introduire toute la main dans le vagin.

Comment reconnaître si l'on a affaire à un membre supérieur ou à membre inférieur ?

C'est par leurs extrémités qu'on les distingue. Depaul donne les caractères distinctifs suivants : « Le peu d'épaisseur de la main, sa direction relativement à l'axe du membre, l'absence de parties saillantes sur les côtés du poignet comme les malléoles, la longueur des doigts, la facilité qu'a le doigt explorateur à se mouvoir entre eux et principalement le grand écartement entre le pouce et l'index sont autant de signes qui, opposés au volume du pied, à sa direction relativement au membre qu'il termine, à la présence des malléoles et du talon, à la petitesse des orteils, permettent d'éviter toute erreur. » Ces caractères sont en effet très nets et nous ne ferons qu'insister sur un seul de ces signes sur lequel Tarnier (1) a attiré l'attention de ses élèves. « Les orteils nous dit-il, sont et surtout paraissent fort longs chez le fœtus, mais c'est bien autre chose des doigts. Ils paraissent d'une longueur extraordinaire et semblent de véritables baguettes ou de longues asperges ; si donc en touchant vous jugez que les doigts sont

1. Tarnier. *Leçon de clinique*, in *Journal des sages-femmes*, 24 février 1884.

longs, dites vous que ce sont des orteils, et ne diagnostiquez des doigts que lorsque vous les trouverez démesurément longs. »

Pour reconnaître la main droite de la gauche, ou le pied droit du pied gauche, il faut se rapporter à la situation du pouce ou du gros orteil ; mais le meilleur moyen est « tout simplement de mettre par la pensée sa propre main à la place de celle du fœtus » (Tarnier). On a ainsi la certitude de ne pas se tromper. Ce diagnostic est important à considérer dans les présentations de l'épaule pour savoir si le membre descendu est oui ou non procident.

Le diagnostic de la variété (degré position) se fera aisément par le toucher. Si la procidence est double, complexe ou compliquée, le diagnostic se fera de la même façon. Nous devons ajouter ici que chaque fois que l'on se trouve en présence d'une procidence d'un membre, il faut rechercher avec grand soin si cette procidence n'est pas compliquée de chute du cordon. Cette recherche doit être faite non seulement à côté du membre, mais intéresser tout le pourtour du bassin, car quelquefois (exceptionnellement il est vrai) le cordon peut être situé ailleurs qu'à côté du membre procident (ex. obs XXVII).

Quant à reconnaître si une procidence est primitive ou secondaire, c'est souvent fort difficile, si on n'a pas fait le diagnostic avant le travail, auquel cas d'après la définition même, la procidence est primitive. Cependant, lorsqu'il n'y a aucune cause pouvant expliquer la production de la procidence telle que

défaut d'accommodation, petitesse du fœtus, grossesse gémellaire, nous pouvons regarder la procidence comme primitive ; dans les cas où, au contraire, on l'a vu pour ainsi dire se produire devant soi au moment de la rupture de la poche des eaux, qu'une des causes précédemment énumérées existe, qu'un toucher attentif avait montré que cette procidence n'existait pas auparavant, on peut alors regarder la procidence comme secondaire. Enfin, dans des cas très nombreux, on ne pourra pas trancher la question.

Le diagnostic de la procidence dans les *grossesses gémellaires* est intéressant à considérer. C'est le plus souvent aux dépens du second fœtus, alors que le premier est expulsé, que se fait la procidence. Mais il peut arriver aussi que la procidence se fasse alors que les deux fœtus sont encore dans l'utérus. Dans ces conditions, deux éventualités peuvent se produire. Le membre peut appartenir soit au fœtus qui se présente (cas le plus habituel), soit au second. Il faut alors que les deux poches des eaux se rompent à la fois. S'il y a plusieurs membres procidents, ces membres peuvent appartenir soit au premier fœtus, soit au second, soit aux deux. Les anciens se préoccupaient beaucoup de reconnaître à qui appartenait le ou les membres prolapsés, mais d'après Depaul, « le toucher avec la main introduite tout entière dans le vagin, permettra toujours, en remontant jusqu'à la racine des membres, de reconnaître ce qui appartient à l'un ou l'autre enfant ».

Les cas de grossesse gémellaire de ce genre sont

exceptionnels, mais lorsqu'on se trouve en présence d'une tête avec prolapsus d'un pied, il faut toujours penser à la possibilité d'un deuxième fœtus qui se présenterait par le siège complet avec déflexion d'un membre, ou ayant un membre procident.

Le déplacement dorsal du bras n'est diagnostiqué qu'au moment de l'intervention. Ordinairement, après avoir essayé en vain le forceps, on pratique la version par manœuvres internes et c'est à ce moment que l'on pourra faire le diagnostic. Long aurait diagnostiqué une fois cette complication avant l'intervention. « Dans une présentation du sommet en occipito-iliaque droite, il aurait été frappé d'une petite saillie à la paroi hypogastrique, saillie formée par le coude arc-bouté derrière et au-dessus de la symphyse (1). » D'après Simpson, quand chez une multipare ayant eu jusque-là des accouchements normaux « l'accouchement se prolonge malgré de bonnes contractions utérines, il faut penser à un obstacle de la part du fœtus, hydrocéphalie en mauvaise position du bras ». Il faut alors donner du chloroforme à la femme pour faire un toucher profond.

Il n'y a pas lieu de faire de diagnostic différentiel des procidences ; cependant « on a parlé de diagnostic différentiel avec les fibromes du col, le cancer utérin et le placenta prævia ; on a dit aussi qu'en

1. In Tarnier et Budin, *Traité d'accouchement*, t. IV, p. 2.

sentant le cartilage de l'oreille on pourrait croire à la présence de petits doigts d'une main appliquée contre la tête, mais les confusions de ce genre doivent se dissiper dès qu'on examine plus attentivement ».

CHAPITRE V

MARCHE DE L'ACCOUCHEMENT ET PRONOSTIC

Nous étudierons d'abord dans ce chapitre les modifications qu'apportent à la marche de l'accouchement, les procidences. Nous étudierons ensuite les complications qu'elles peuvent déterminer chez la mère puis chez l'enfant.

I. — Au point de vue de la marche de l'accouchement la procidence apporte une gêne plus ou moins variable. On peut dire, d'une façon générale, que le membre procident rétrécit d'autant le bassin ; on se trouve donc dans le cas d'un bassin dont les diamètres utiles sont diminués de l'épaisseur de la main ou du pied, soit 1 cm. $1/2$ dans le premier cas, 2 centimètres dans le second. Mais il n'en est pas toujours ainsi, le bras peut remonter au moment de la descente de la tête ou du siège « ou si l'on veut s'arrêter et permettre à la présentation de descendre seule » (Lachapelle). Ceci a lieu plus souvent pour le siège. « Les procidences des membres supérieurs dans les présentations pelviennes n'offrent presque jamais, en effet, d'inconvénient sérieux, pas plus que les procidences du pied dans les pré-

sentations du tronc » (Depaul). Parfois la main sortira avec le siège ; « elle n'ajoute alors que son volume peu considérable à celui des fesses qui sont, d'ailleurs, très réductibles » (Varnier). Comment se fait la réduction dont nous venons de parler. « Si l'on songe, nous dit Depaul, que le membre a la forme d'un coin dont la base siège aux environs du coude et dont la pointe est constituée par la main, ce coin pressé entre la tête et le bord du détroit supérieur s'échappe en remontant, absolument comme le fait un noyau de cerise serré entre l'extrémité des deux doigts. »

Enfin M^{me} Lachapelle nous dit qu'il peut se produire une troisième éventualité. « La tête remonte et alors l'épaule se met en position, si c'était une main qui accompagnait la tête. » On est alors obligé d'intervenir pour faire la version podalique, si, après la réduction de la procidence, la tête n'est pas revenue à sa place, ce qui peut se voir quelquefois. Cette complication est d'ailleurs une de celles que l'on doit redouter le plus, et c'est peut-être là un mécanisme fréquent de la présentation vicieuse de l'épaule.

Un phénomène inverse de celui dont nous venons de parler peut se produire quelquefois. C'est ce que l'on a désigné sous le nom de « version spontanée ». Il peut arriver, en effet, que l'on soit en présence d'une présentation de l'épaule avec un bras défléchi pouvant dépasser la vulve ; mais parfois, par suite d'une cause souvent minime, ou par suite de manœuvres externes suivant les indications de

Wigand, la tête descend et se met en rapport avec le détroit supérieur. Rubé cite un cas de ce genre, vu par Teissier à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Mattei rapporte un fait analogue dans ses cliniques obstétricales.

Quelles sont les autres modifications que peut subir la marche du travail dans les présentations de la tête ?

Nous avons vu que l'engagement est rendu plus difficile par suite de la diminution des diamètres utiles du bassin. Il peut même arriver que l'engagement ne se fasse pas. Si la tête s'engage au détroit supérieur la rotation est plus longue et plus difficile à s'effectuer, elle peut se faire aussi d'une façon défectueuse et le pariétal postérieur descend plus profondément que l'antérieur et la suture sagittale se glisse derrière la symphyse pubienne.

Une fois la tête engagée au détroit supérieur et la rotation effectuée, le passage de la tête dans la cavité du bassin peut également être retardé ou empêché. Le bras procident peut déterminer une déflexion de la tête et transformer ainsi une présentation primitive du sommet en présentation du front (obs. XXVI et XXXIV). Il peut aussi déterminer une rotation de la tête suivant son diamètre oblique et la tête se dégagera en occipito-sacrée : cela n'est pas grave dans les présentations du sommet, mais, s'il s'agit d'une face, le dégagement sera impossible. Pernice parle aussi d'une rotation anormale de la tête après sa sortie qui serait produite par les épaules

dont la rotation est modifiée et qui peut rendre le dégagement des épaules difficile dans le cas de gros fœtus. Enfin, selon Stoltz (1), il peut se produire un enclavement de la tête. « Le membre prolabé fait l'office d'un coin qui s'interpose entre le cercle osseux représenté par le bassin et la tête et produit alors un véritable arrêt de la partie engagée. » L'enclavement est d'ailleurs moins à redouter si le membre prolabé siège en arrière car il existe à ce niveau des parties molles se laissant facilement déprimer.

La période d'expulsion est également rendue plus longue et l'on doit souvent intervenir parce que l'enfant court les risques de mourir asphyxié.

La marche de l'accouchement dépend de plusieurs facteurs qui sont les suivants : les dimensions du bassin, le volume de la présentation fœtale, la nature de la présentation, la situation, le nom et le nombre des membres prolabés, le degré de prolapsus, l'intensité des contractions utérines et enfin si l'on intervient la nature de l'intervention et la précocité de celle-ci.

Les dimensions du bassin ont une importance capitale au point de vue de la marche de l'accouchement et de ses conséquences dans les procidences des membres ; ceci d'ailleurs n'est pas particulier à cette complication. Cependant lorsqu'il y a procidence le pronostic est encore plus mauvais et dans

1. Stoltz in *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratique*, article Dystocie.

bien des cas où l'accouchement se serait passé normalement dans un bassin peu rétréci, celle-ci donne lieu à un accouchement dystocique. Si le bassin est suffisamment large pour admettre à la fois la tête et le membre prolabé il n'y aura aucune complication à craindre, mais dans le cas de bassin rétréci, le bras procident augmentera d'autant cette étroitesse et il faudra réduire la procidence, ce qui n'est pas toujours possible.

Le volume de la tête dépend en général du poids de l'enfant (sauf dans l'hydrocéphalée où la procidence perd son importance pour céder la place à cette dystocie beaucoup plus grave). Plus le poids de l'enfant sera considérable plus le pronostic sera sérieux la tête de l'enfant pouvant ne pas s'engager au détroit supérieur. Ce cas rentre, en somme, dans le précédent.

La nature de la présentation a aussi une grande importance et nous avons déjà vu que pour le siège la procidence ne donne jamais lieu à une complication sérieuse. Si c'est la face ou le front qui se présentent il arrive assez souvent qu'à cause de la procidence ceux-ci ne peuvent effectuer leur rotation ou effectuent une rotation défectueuse et se présentent en mento-sacré, ce qui rend le dégagement impossible spontanément.

La situation du membre prolabé est importante également à considérer.

D'après Kuhn, les procidences en avant seraient d'un pronostic plus favorable. Nous croyons au con-

traire avec Hugo-Pernic, Varnier, etc., que les procidences antérieures sont plus graves, car elles rétrécissent davantage le bassin. Lorsque le membre descendu est postérieur par rapport à la présentation, il trouve en effet plus de place pour se loger en comprimant les parties molles.

Le nom du membre prolabé (pied ou main) présente un grand intérêt. Avec le pied, le pronostic est moins grave, comme le dit Spiegelberg. Cela résulte de ce que la procidence des membres inférieurs ne se produit généralement que chez les petits fœtus dépassant rarement 2.000 grammes. Si, au contraire, le fœtus est gros, le pronostic devient alors plus sérieux que pour les procidences des membres supérieurs.

Le nombre des membres procidents influe également sur la marche de l'accouchement. La déviation de la tête au détroit supérieur et les accidents du cours de l'accouchement sont moins fréquents quand les deux bras sont engagés que lorsqu'il n'y en a qu'un seul, « car alors ces parties qui sont sous la dépendance l'une de l'autre sortent simultanément. » L'engagement tarde à se faire, mais se fait ensuite spontanément, les deux membres se réduisant d'eux-mêmes. Si un bras est plus engagé que l'autre, la tête peut alors dévier à l'entrée du bassin comme pour un seul membre procident.

Lorsque la procidence est complexe, la réduction peut parfois se faire spontanément (exemple de réduction spontanée des quatre membres signalée par

Wigand) ; sinon on est obligé de pratiquer la version par manœuvres internes.

Le degré de prolapsus a une influence considérable. Si le prolapsus est peu marqué, le membre peut remonter spontanément ou bien peut sortir en même temps que la présentation ; mais, si le coude a dépassé le détroit supérieur, la réduction spontanée n'est plus possible et il peut en résulter un enclavement, le bras prolapsé entravant absolument la sortie de la tête.

Lorsque *l'intensité des contractions utérines* est grande le dégagement se fera plus aisément, la femme pourra vaincre l'obstacle apporté par le membre prolapsé. Au contraire, avec des contractions utérines faibles, le travail traînera en longueur et une application de forceps ne tarde pas à devenir nécessaire pour terminer l'accouchement.

La nature de l'intervention modifie la marche du travail, mais c'est surtout au point de vue du pronostic de la mère ou de l'enfant que celle-ci est importante à considérer, comme nous allons le voir tout à l'heure.

Les déplacements dorsaux du bras apportent un grand trouble à la marche de l'accouchement. Ils ne sont pas, en général, diagnostiqués, et déterminent un arrêt du travail, la tête ne peut plus progresser parce que le membre déplacé vient buter contre la symphyse pubienne; on est toujours obligé de pratiquer la version.

II

Le pronostic pour la mère et pour l'enfant est fonction de la marche du travail, et les différents facteurs que nous avons vu intervenir pour modifier la marche de l'accouchement modifient également le pronostic chez ceux-ci.

Pour la mère, lorsque la durée du travail est prolongée, pour une cause quelconque, il peut en résulter, si l'on n'intervient pas de bonne heure, une inertie utérine, qui prédispose aux hémorragies ultérieures et les chances d'infection augmentent. De nombreuses autres complications peuvent survenir chez la femme. Par suite de la durée prolongée de la tête dans la filière pelvi-génitale, il se produit des compressions des parties molles pouvant amener une gangrène consécutive de ces parties. On a ainsi observé la compression de la vessie, de l'urèthre, ayant produit des plaques de sphacèle qui ont laissé au moment de leur chute, des fistules vésico-vaginales ou uréthro-vaginales; à la partie postérieure, on a noté également des fistules recto-vaginales.

La présence du bras détermine également des déchirures du périnée plus fréquentes que dans les accouchements normaux et nous en avons vu un certain nombre dans nos observations. On a même observé des déchirures centrales du périnée. Winckel cite un cas où il y eut déchirure de la cloison recto-

vaginale et où le bras sortit par l'anus. Bar, et d'autres auteurs, ont signalé des cas de rupture utérine par suite des efforts trop violents de la femme. Enfin Velpeau a signalé également un fait très rare, qui n'a pas été cité par aucun autre auteur, c'est la disjonction des symphyses.

Souvent, dans les procidences, on devra intervenir. La réduction ne présente aucun danger pour la parturiente, mais on est quelquefois obligé de pratiquer une application de forceps ou de faire la version, et si ces opérations sont la plupart du temps bénignes pour la mère, il n'en est pas moins vrai que les complications et la mortalité sont beaucoup plus fortes que dans les accouchements spontanés. Parfois la femme peut mourir parce qu'on ne sera pas intervenu à temps ou que les circonstances ont empêché d'opérer rapidement la malade. Varnier cite l'exemple suivant : « Le Dr Lefleur de Poitiers a rapporté l'histoire d'un accouchement de jumeaux dont le deuxième présentait la face avec procidence d'un pied et d'une main. La version n'ayant pu être tentée et le forceps ayant échoué la femme succomba pendant qu'on était allé chercher les instruments nécessaires à la craniotomie. » « Ceci dit, ajoute Varnier, pour montrer la gravité particulière des procidences négligées dans la présentation de la face. »

III

Pour le fœtus, dans les cas où la procidence cons-

titue une véritable dystocie (c'est-à-dire quand elle ne se réduit pas spontanément ou que, par suite de la petitesse du fœtus, le membre sort avec la présentation) le pronostic est encore plus sévère et de nombreuses complications ont été signalées.

a) La longue durée du travail peut d'abord déterminer, si l'on n'intervient pas, la mort de l'enfant par asphyxie survenant par suite de troubles dans la circulation utéro-placentaire. On note également une volumineuse bosse séro-sanguine pouvant gêner le diagnostic.

b) La compression de la tête par le bras descendu détermine quelquefois une tuméfaction du cuir chevelu qui peut devenir très considérable. Un des inconvénients de cette tuméfaction, « c'est que, par son accroissement, on peut croire que la tête progresse bien qu'elle reste stationnaire. » Quand c'est la face qui se présente, nous dit Rubé, « la tuméfaction dont elle est le siège peut en altérer tellement la configuration extérieure qu'on peut méconnaître la présentation. » Pareille erreur, que nous avons déjà signalée, est fréquente. Parfois le cuir chevelu est si tuméfié qu'il forme une gouttière dans laquelle est logé le bras prolabé. Rubé cite un cas de Moreau dans lequel la sage femme trouvant une main dans le vagin l'avait saisie et attirée jusqu'à l'avant bras; la tête s'enclava et le membre était gonflé et présentait quelques phlyctènes. Nocton cite un cas analogue recueilli dans le service du Dr Bonnaire à Lariboisière.

La tête du fœtus peut également être déformée par le bras procident et même enfoncée, déterminant ainsi des épanchements sanguins, « pouvant être parfois tellement abondants qu'on peut croire se trouver en présence d'un enfant hydrocéphale » (Nocton), ou bien encore déterminer la mort de l'enfant par hémorragie méningée. Winckel rapporte un cas de mort où le pariétal antérieur fut enfoncé par le bras procident qui portait également les marques de la pression subite ; le pariétal était fissuré, les os du crâne ecchymosés ; il y avait une hémorragie méningée et du liquide sanguinolent dans les ventricules.

Nous avons relaté dans nos observations, un cas de grossesse gémellaire (obs. n° XXIII) dans lequel existait une latérocidence de tout l'avant-bras (le coude était fléchi et l'avant-bras ne dépassait pas la grande circonférence de la tête) et où la tête du premier enfant était déformée et enfoncée par le bras prolabé. Dans l'observation n° XX, la tête était également considérablement déformée, et l'enfant mourut le deuxième jour. Varnier nous cite également la cause suivante de mort de l'enfant, signalée par Winckel : « Alors que la procidence, dit-il, n'est pas assez accusée pour produire un obstacle mécanique considérable, la mort du fœtus peut encore résulter de la compression exercée par la main avoisinant le cou, sur une circulaire du cou. »

c) Le membre prolabé peut être également lésé. On a observé une contusion plus ou moins pronon-

cée du bras ou de la main. Le bras augmente alors de volume et présente une coloration qui disparaît en général rapidement après l'accouchement. Dans les cas graves, on note la présence de phlyctènes ou de petites plaques de sphacèle. M. Bar a cité dans ses cours un fait de procidence du pied où l'on pût constater une plaque de sphacèle sur le front de l'enfant et le dos du pied, trop longtemps et trop étroitement maintenus en contact.

Joerg a même cité des lésions des os et des articulations, telles que arrachement des épiphyses cartilagineuses, et parfois même séparation des os de l'avant-bras. Le Dr Ramsbotham en fait également mention, mais ne les a jamais rencontrées lui-même.

Dans la thèse de Nocton nous relevons un cas de gangrène du bras procident signalé par Gauss (1) que Nocton a reproduit tout au long. Il s'agissait d'une primipare à bassin normal avec présentation en OLDT chez laquelle la main était apparue à la vulve; la tête étant entrée dans le bassin accompagnée du bras, sans difficulté, on supposait qu'elle pourrait traverser la filière pelvi-génitale. Quatre heures après la femme accouche spontanément, mais la main était triplée de volume, couverte de phlyctènes et dépouillée de son épiderme en certains endroits. Malgré tous les soins, l'enfant succomba le onzième jour.

Cette observation exceptionnelle, il est vrai,

1. Gauss, in *Zeitschrift für Gebärstehilfe*, 1903, p. 156.

montre que, même dans les cas qui semblent devoir se terminer très simplement, on ne peut affirmer quel sera le pronostic.

Nous avons examiné jusqu'à maintenant le pronostic chez l'enfant, dans les cas de procidences, en général. Voyons rapidement, comment se comporte le pronostic dans les différentes variétés.

Dans les procidences des membres inférieurs, le pronostic est généralement moins grave à cause de la petitesse du fœtus dépassant rarement 2.000 gr. Mais si le fœtus est gros, la procidence du pied est alors plus fâcheuse que celle d'une main, quand elle ne se réduit pas ou ne peut pas l'être.

On a signalé des complications particulières à cette procidence. Jonhson (*in* Tarnier et Budin) aurait observé un cas de fracture spontanée du rachis, chez un enfant extrait au forceps « il était exagérément plié en deux du fait d'une procidence du pied qui coïncidait avec une présentation du sommet. » Budin a relaté dans ses cours le fait observé par un de ses élèves où le membre inférieur, procident au moment du travail, resta dévié et paralysé pendant un certain temps.

C'est surtout dans les présentations de la face que l'on a signalé les plus graves complications. Très souvent, par suite du rétrécissement du bassin concomittant et qui a été d'ailleurs une cause de la procidence, on doit recourir à l'embryotomie après de vaines tentatives de version ou de forceps. Charpen-

tier nous cite un cas de ce genre de Cazeaux et deux cas personnels.

Dans les *grossesses gémellaires*, le pronostic est, en général, moins grave pour les fœtus, mais on peut noter parfois un enclavement des deux têtes, comme l'a observé M^{me} Lachapelle. Notre cas de compression de la tête (obs. XXIII) concerne un cas de grossesse gémellaire.

Dans les *procidences complexes* le pronostic est grave car l'accouchement ne peut se terminer que par la version. Or souvent, dans ce cas, on se trouve dans de mauvaises conditions pour pratiquer cette intervention ; par suite, en effet, de la procidence, tout le liquide amniotique s'écoule et l'utérus se trouve vide d'eau et en contracture ; l'enfant meurt par suite d'une procidence du cordon qui existe le plus souvent en même temps et que l'on ne peut réduire, et l'on a souvent recours à la basiotripsie pour l'extraire rapidement et sauver la mère.

Cependant Wigand et Jacquemier ont signalé des réductions spontanées de procidences complexes.

Il faut ajouter, d'ailleurs, que souvent les fœtus sont très petits et ne sont pas viables. Cependant Nægelé, Monroë et Hartmann ont cité des cas de gros enfants pour lesquels ces auteurs purent pratiquer une version heureuse.

Pour les *procidences compliquées*, il est classique d'admettre, nous dit Labelle, qu'il existe une différence au point de vue du pronostic de la vie de l'enfant entre la procidence du cordon seul et la

procidence accompagnée de petites parties fœtales. « La raison que l'on en donne est que le ou les petits membres qui accompagnent le cordon protègent ce dernier contre la compression ; ils font coin entre la tête et la paroi pelvienne et abritent le cordon. Cependant, sur 7 cas de procidences du cordon et d'un membre, quatre fois l'enfant mourut, dit-il. » Il conclut donc : « La protection du cordon par de petites parties fœtales qui l'accompagnent est inconstante. »

Dans nos observations nous notons 11 cas de procidences compliquées. Dans 6 cas, les enfants moururent ; pour deux d'entre eux on dut pratiquer la basiotripsie et trois autres ne moururent que quelques heures après l'accouchement. Cela fait donc plus de la moitié de cas de mort. Or, lorsqu'il y a procidence du cordon seul, le pronostic n'est pas beaucoup plus mauvais. Nous concluons donc qu'il est exceptionnel que le cordon soit protégé par les petites portes fœtales qui l'accompagnent.

Nous devons ajouter ici que si la procidence existe en même temps qu'une autre dystocie plus importante (telle que rétrécissement très marqué du bassin, bassin coxalgique, rigidité du col, hydrocéphalie), ou si la procidence est compliquée de chute du cordon, le prolapsus du membre passe alors au second plan au point de vue du pronostic et il ne fait qu'aggraver le pronostic dans certains cas.

Les interventions sont préjudiciables pour l'enfant.

— Franqué, qui a réuni tous les cas de procidences

des membres observés dans la clinique de Nassau, ayant nécessité une intervention, a donné la statistique suivante :

Sur 86 procidenc. portant sur 247.570 accouche- ments.	forceps 53	{	36 enfants morts.	
			17	— vivants.
	version 17	{	13	— morts.
			4	— vivants.
	réduction 16	{	6	— morts.
			10	— vivants.

Cette statistique donne un nombre total d'enfants morts de 55 sur 86, soit 64 o/o de morts. Ce chiffre est considérable et cette statistique nous paraît beaucoup trop sombre ; aucun auteur ne donne, d'ailleurs, des chiffres analogues. On pourrait expliquer cette mortalité par plusieurs faits : 1° les réductions qui constituent la majorité des interventions et qui ne donnent pas lieu à des accidents sont ici très fréquentes ; 2° les interventions ne sont pas nombreuses par rapport au chiffre total des procidences et ont eu lieu tardivement ; 3° enfin, plusieurs cas de morts sont dûs non pas vraisemblablement à la procidence des membres, mais à d'autres dystocies et on a fait rentrer dans cette statistique tous les cas mortels survenus à propos d'une autre cause (ex., rétrécissement du bassin).

Notre statistique porte sur 35 procidences, vingt-six fois l'on est intervenu, soit environ trois fois sur quatre. La réduction a été pratiquée onze fois. Le forceps fut appliqué neuf fois ; quatre fois on pratiqua la version et deux fois la basiotripsie. Il y eut

8 morts en tout. En réalité, six fois les enfants moururent par compression du cordon qui était également procident ; une fois, l'enfant vivant au début du travail était mort né et présentait une circulaire serrée autour du cou ; enfin, pour le huitième enfant, on avait affaire à un bassin rétréci. Ainsi donc, aucun enfant, dans notre statistique, n'a péri *directement* par suite de procidence d'un membre. Ils ont tous péri *indirectement*. En effet, six fois, la procidence des membres était accompagnée de chute du cordon et on peut attribuer cette dernière chute, tout au moins dans la plupart des cas, à la procidence du membre.

En tout cas, en supposant que tous ces 8 cas de morts soient dus aux procidences des membres, nous trouvons 8 morts sur 26, soit 30 o/o environ au maximum, proportion qui est bien inférieure à 64 o/o indiquée par Franqué.

Nous résumons notre statistique ci-après.

Sur 35 procidences	9 réductions spontanées	{ 8 enfants vivants. 1 enfant débile mort deux heures après sa naissance.	
	26 intervent.	11 réduct.	{ 4 morts { 2 procid. du cordon 7 vivants { 1 circulaire serrée. 1 bassin rétréci.
	8 morts dues indirectement aux procidences, soit 30 o/o au maximum	9 Forceps.	{ 0 mort. 9 vivants.
		4 versions.	{ 2 morts 2 procid. du cordon. 2 vivants.
		2 Basiotripsies 2 procidences du cordon.	

Donc, en général, le pronostic n'est pas mauvais

pourvu que l'on intervienne à temps et que l'on n'attribue pas tous les cas de mort à cette dystocie.

Nous avons quelques mots à ajouter pour terminer ce chapitre, au sujet du pronostic des « rétrocidences ». Il dépend surtout de l'intervention ; or, comme nous le verrons, c'est surtout à la version que l'on a recours ; le pronostic sera donc le même que pour les versions, en général, aggravé cependant par le fait que, presque toujours, le diagnostic n'est fait que très tardivement et que la version est rendue plus difficile par suite du retard apporté à la pratiquer.

CHAPITRE VI

CONDUITE A TENIR

I

On divise généralement la conduite à tenir dans les procidences des membres en conduite à tenir avant la rupture de la poche des eaux et après la rupture de la poche des eaux. Mais on n'étudie pas quel est le traitement à suivre pour éviter la production de cette complication.

Nous avons vu, en effet, que dans certains cas il a été possible de diagnostiquer bien avant le travail une procidence ou plutôt un déplacement d'un membre appelé à faire procidence et nous avons rapporté nous-même un cas semblable. Audebert insiste sur le moyen de réduire les procidences avant le travail par manœuvres externes. « Si l'on constate une procidence, dit-il, les classiques, Rubé et Nocton, dans leurs thèses, conseillent l'expectative, c'est-à-dire reconnaissent implicitement qu'il n'y a rien à faire. » Il indique ensuite comment il a pu arriver à corriger les procidences. C'est « en pressant fortement sur l'ovoïde céphalique et en lui

communiquant de petits mouvements horizontaux de va et vient », ou « en exerçant des pressions de bas en haut » qu'il est arrivé à faire remonter le membre qu'il fait maintenir quelque temps dans cette nouvelle position. Des deux réductions qu'à pratiquées M. Audebert, l'une d'elle s'est reproduite au moment de l'accouchement et l'auteur l'attribue à ce que la femme n'a pas toléré longtemps le port d'un bandage destiné à maintenir la réduction du bras et en outre à un léger rétrécissement du bassin, qui rend alors la réduction définitive plus difficile. Après la réduction il faudra toujours faciliter l'accommodation de la tête et son engagement, et on obtient ce résultat avec un bandage de corps approprié, mais aussi faut-il qu'il n'y ait pas d'obstacle à l'engagement, car alors la procidence se reproduit facilement.

Quoiqu'il en soit, si on fait le diagnostic avant le travail, il faudra réduire la procidence, appliquer le bandage de corps, et bien veiller au moment de l'accouchement à ce que la procidence ne se reproduise pas en particulier en faisant coucher la parturiente du côté opposé à celui où l'on aura constaté la chute du membre et en veillant à ce que les eaux ne s'écoulent pas trop brusquement.

II

A. — Quelle est la conduite à tenir, lorsque le

diagnostic est fait au moment du travail, avant la rupture de la poche des eaux ? Les anciens auteurs et les classiques, en général, conseillent l'expectative, en faisant concher la parturiente. Nocton conseille également d'attendre, car, dit-il « il arrive assez souvent qu'une fois les membranes rompues, on voit la procidence se réduire spontanément et l'accouchement se faire dans des conditions absolument normales. » Une autre raison qui fait que l'on conseille souvent d'attendre la rupture de la poche des eaux, c'est que souvent le diagnostic est incertain par suite de l'élévation de la présentation ou du membre descendu, et les erreurs sont fréquentes.

Nous admettons que, dans des cas où l'on ne peut affirmer la procidence, l'on s'en tienne à l'expectative jusqu'à la rupture des membranes ; mais, en dehors de ce cas, nous pensons, avec Spiegelberg, Varnier, etc., que l'on doit toujours intervenir, car, même dans les cas qui semblent au premier abord les plus simples, il peut survenir des complications multiples que nous avons déjà citées. Pour Varnier, « l'expectative n'est pas plus indiquée que pour la procidence du cordon et c'est au défaut d'intervention précoce qu'il faut rapporter cette mortalité de 64 o/o que nous relevons dans la statistique de Franqué ». Une autre raison qui milite en faveur d'une réduction immédiate, c'est qu'il n'y a jamais rien à craindre d'une pareille intervention essentiellement bénigne.

On a reproché à la réduction faite avant la rup-

ture de la poche des eaux de provoquer la déchirure prématurée des membranes lorsque la dilatation n'est pas complète. La réduction devra donc être tentée très prudemment et il ne faut pas insister. Mieux vaut d'ailleurs attendre que la dilatation soit de 6 centimètres de diamètre car, très fréquemment, la procidence se reproduit ; et il faut, pour l'en empêcher, rompre artificiellement les membranes pour arriver à fixer la présentation et empêcher la réciproque lors d'une rupture spontanée de la poche des eaux (c'est ce qui fut fait dans l'obs. XXVIII). La réduction devra être toujours faite dans l'intervalle des contractions, et il faudra remonter le membre au-dessus de la grande circonférence céphalique si c'est une tête qui se présente.

B. — Après la rupture de la poche des eaux, la conduite à tenir sera différente suivant que l'on aura affaire à telle ou telle variété. Examinons d'abord le cas des procidences simples des membres supérieurs.

Lorsqu'un membre supérieur accompagne la présentation du sommet, le traitement varie suivant les auteurs. M^{me} Lachapelle, qui a la première bien étudié la question, conseille « de laisser agir la nature ». Elle pensait que la procidence se réduisant souvent d'elle-même, il valait mieux attendre le plus longtemps possible pour intervenir ; cependant, lorsque la tête est trop volumineuse, elle conseillait d'intervenir rapidement par la *réduction manuelle*. Comme dit M^{me} Lachapelle, « une main, un pied, une anse

de cordon, ne seront jamais plus aisément repoussés qu'avec l'aide des doigts rapprochés en faisceau, s'il est possible, ou appliqués du moins latéralement les uns contre les autres ».

Depaul conseille également l'expectative chaque fois que le bassin est normal et que le fœtus n'est pas gros, à moins que la partie inférieure du bras ne soit procidente et où, alors, toute réduction spontanée est impossible.

Redlich, traduit par Pernice, étudie les cas où l'expectation peut être de mise, et les cas où il faut intervenir. Il donne des indications précises, mais celles-ci nous semblent plus théoriques que pratiques.

Redlich donne également des moyens à employer pour provoquer la réduction spontanée ou pour réduire le membre, qui ne sont d'ailleurs presque plus employés et que nous allons examiner succinctement.

Il insiste d'abord sur le moyen de traiter les procidences par la position à donner à la parturiente, que, Wigand, dit-il, regarde comme étant très puissant pour s'opposer à ce que la chute d'une petite partie de l'enfant ne soit poussée plus loin. On place la parturiente dans le décubitus latéral du côté opposé à celui de la procidence. L'auteur dit que ce moyen ne donne aucun résultat, en général, mais que l'on peut essayer cependant de l'appliquer lorsque la tête est déviée latéralement et qu'on ne peut tenter l'engagement artificiel alors que l'on peut prévenir ou arrêter la chute du membre ; il conseille aussi

de l'appliquer après la réduction pour éviter une récédive.

Velpeau, Baudelocque, Gardien, Capuron conseillent, toujours d'après Redlich, de déplacer le bras vers l'échancrure sciatique. Meckel et la Siegemendini ont conseillé la réduction incomplète. Peu Froriep, Busch, ont conseillé de maintenir le bras pour permettre à la tête d'avancer.

Nous devons rapporter ici une technique qui a été suivie dans l'observation XXXV par notre Maître Potocki et qui pourra être couronnée de succès dans biens des cas et au moins tenter. Cette observation concernait une III-pare qui présentait une procidence d'une main le 1^{er} novembre au matin. La réduction par le vagin ne put être faite, l'utérus étant trop rétracté. Le lendemain matin, à 9 heures, la procidence s'était aggravée et l'avant-bras était descendu au-dessous de la tête.

M. Potocki réduisit alors la procidence en soulevant le membre supérieur du fœtus par des manœuvres externes et en introduisant deux doigts de la main gauche dans le vagin grâce auxquelles ce membre fut ramené au-dessus de la tête et maintenu.

Cette manœuvre ne peut être employée que dans les variétés antérieures de procidence ou du moins lorsque le segment de membre procident est perceptible à la palpation abdominale.

Elle trouve par conséquent son indication au cours du travail et en tout cas il nous semble qu'elle devra toujours être tentée chaque fois que la dila-

tation n'est pas assez avancée pour que la réduction soit possible par des manœuvres internes et surtout lorsque les membranes ne sont pas rompues et qu'ont craint qu'elles ne se rompent prématurément. Nous n'avons trouvé aucune indication de cette méthode si simple dans les auteurs que nous avons étudiés.

La réduction par manœuvres internes est le moyen le plus souvent employé et qui convient à la majorité des cas. Cependant certains auteurs anciens n'en sont pas partisans (Delamotte, Levret, Ritgen). D'après ces auteurs, la réduction peut déterminer une déviation de la tête et la récidence est trop fréquente.

Il est exceptionnel que la tête se trouve déviée par suite de la réduction.

Cette réduction peut toujours être employée. Pernice, cependant, cite les contre-indications suivantes :

1° Lorsqu'avant ou après la rupture de la poche des eaux la tête est encore située très haut dans l'utérus et que le bras se présente à peine ;

2° Lorsque la tête et le bras sont fixés profondément. Il faut alors appliquer le forceps ; on peut cependant parfois repousser la tête ;

3° Lorsqu'on peut prévoir qu'on ne pourra réussir à engager la tête qui est déviée ou dans une position vicieuse ou si, après l'engagement, elle se déplace à nouveau ;

4° Si la main rencontre une opposition spéciale de

l'utérus, telle que les crampes de l'orifice ou de tout l'organe.

Ces contre-indications, sauf la troisième pour laquelle il est précisément difficile de prévoir que la tête ne s'engagera pas, méritent d'être prises en considération, mais elles ne doivent pas cependant être regardées comme définitives, et actuellement on a tendance à tenter toujours la réduction, opération qui, bien conduite, ne donne jamais lieu à aucun accident.

Actuellement, tous les auteurs, Ribbemont-Dessaignes, Bar, Varnier, Pinard conseillent la réduction. « Pinard insiste sur la possibilité de réduire d'une manière définitive toutes les procidences des membres à la condition d'intervenir au moment d'élection. »

Nous concluons donc que, dans les cas de présentations céphaliques avec procidence simple, il faut toujours tenter la réduction immédiate, quitte à réduire à nouveau la procidence dans certains cas, car la réduction devient d'autant plus difficile que l'on tarde davantage « et elle devient souvent impossible alors que l'on désire le plus la tenter. »

Quelle est la technique à suivre pour la réduction, qui est possible dès que l'orifice utérin est perméable à deux ou trois doigts ?

La position à donner à la parturiente ne présente pas une grande importance ; on se consentera, en général, de laisser la femme dans le décubitus horizontal et on lui fera bien fléchir et écarter les genoux.

Dans certains cas, il sera bon de recourir à la position obstétricale.

Le choix de la main présente son intérêt pour la facilité de la réduction. Le plus simple est de se servir de la main droite pour la moitié gauche du bassin, et de la main gauche pour la moitié droite.

On introduira la main tout entière, pouce compris, dans le vagin, avec les doigts en faisceau comme pour la version ; la main devra présenter sa face dorsale à la symphyse si la procidence se fait en avant et si elle se fait en arrière le dos de la main regardera l'articulation sacro-iliaque. Il faudra ensuite repousser doucement le membre vers le haut suivant son axe jusqu'à ce qu'il remonte au-dessus de la grande circonférence céphalique. Il faudra, comme l'a fait remarquer Moreau, « diriger le membre vers le plan antérieur du fœtus car si on le fait glisser dans le sens de l'extension ou de la région postérieure du tronc, on rencontrerait des obstacles et on s'exposerait à le fracturer en raison de son excessive fragilité. » Si le coude dépasse la circonférence bipariétale de la tête, il faudra alors, pour réduire la procidence, opérer en deux temps. « On remonte d'abord le bras en repoussant le coude, puis on continue en refoulant l'avant-bras et la main (Depaul). » D'après Nocton on peut également user du procédé suivant pour effectuer cette réduction : « On plie l'avant-bras sur le bras à angle droit ; puis, par manœuvres externes, on lui fait subir un mouvement de rotation pour le ramener en place. » Nous ne pensons pas

que ce procédé puisse réussir aisément et nous ne le conseillons pas, car il peut être dangereux pour l'enfant. Une fois la réduction opérée, il faudra faire l'engagement de la tête en s'aidant de manœuvres externes. On pourra ensuite laisser la nature agir seule, en plaçant la parturiente dans une position telle que le membre ne redescende pas, ou bien, si la femme est trop fatiguée, terminer par une application de forceps.

Cette technique que nous venons d'indiquer n'est pas toujours possible. On peut essayer de donner du chloroforme à la parturiente, et souvent on réussit là où une première tentative avait été infructueuse. Il faut se garder cependant de réduire à tout prix. Cette pratique pourrait être dangereuse, et Chailly Honoré nous a signalé un cas de fracture due à une réduction forcée.

Que faut-il faire dans ce cas ou lorsqu'il se produit une récidue (ce qui est fréquent, car il ne faut pas oublier que lorsqu'on a réduit une procidence on n'a pas supprimé pour cela la cause qui l'a produite)?

Quelques auteurs conseillent de confier, alors, la réduction à la nature. M^{me} Lachapelle conseille d'attendre quelque temps puis de faire la version. Depaul conseille une application immédiate de forceps. Il vaut mieux, en général, attendre quelque temps et, si le travail n'avance pas, si la femme se fatigue, si la main de l'enfant se cyanose, il ne faudra pas hésiter à intervenir immédiatement. Cette manière de faire nous semble, en effet, moins dangereuse qu'une inter-

vention immédiate telle que le forceps ou la version. Il ne faut pas oublier, en effet, que la version est une opération dangereuse à la fois pour l'enfant et pour la mère. D'après Churchill, un enfant sur trois périt dans la version et une femme sur quinze, succombe. Cette opération est encore plus dangereuse dans le cas qui nous occupe, car la procidence permet l'écoulement complet du liquide amniotique. Le forceps est moins dangereux que la version, mais là aussi il est plus dangereux que dans les cas habituels parce que le membre descendu rétrécit les diamètres du bassin.

Nous concluons donc en disant que, lorsque la réduction n'a pu être effectuée ou que la procidence s'est reproduite malgré toutes les précautions prises, il faut attendre jusqu'à ce que l'on soit fixé sur la marche de l'accouchement, à moins que des indications formelles pour terminer l'accouchement ne se produisent.

Laquelle des deux interventions, version ou forceps, devra-t-on choisir ?

D'accord avec Joulin, Tarnier, Depaul et presque tous les auteurs modernes et d'après ce que nous venons de dire, nous pensons qu'il faut employer, chaque fois qu'il est possible, le forceps de préférence à la version. La version ne trouvera donc ses indications dans le cas de procidence simple, que si la tête est trop élevée ou qu'une première tentative de forceps aura été vaine.

Lors de l'application de forceps il faudra appliquer

la première branche du côté du membre procident et veiller à introduire le forceps entre la tête et celui-ci de façon à ne pas prendre la main dans la cuiller. Si cet accident se produit, lors d'une application de forceps pour lenteur de la période d'expulsion sans que le diagnostic de procubitus soit fait, la main se trouve comprimée froissée, mais on n'a jamais signalé de fracture.

La version sera faite suivant les données classiques en prenant la précaution de poser un lacs sur le membre procident de l'enfant.

Si l'enfant est mort, ce qui est fréquent avec les procidences compliquées de chute du cordon, il faudra faire la basiotripsie si l'accouchement ne se termine pas spontanément.

Nous avons considéré jusqu'à présent le cas d'un bassin normal. Lorsque l'on aura affaire à un bassin rétréci, il faudra suivre les données générales de cette complication si la réduction n'a pas réussi ou s'il s'est produit une récurrence. Depaul conseille de ne pas intervenir trop rapidement, « car, dit-il, outre qu'on ne peut pas toujours saisir avec les forceps une tête mobile et élevée, il n'est pas non plus raisonnable dans un bassin rétréci de chercher à l'engager par les seules tractions de l'instrument avant d'attendre que les contractions utérines ne permettent de l'allonger et de l'adapter à la forme du détroit supérieur ».

La version est une opération dangereuse qui expose à la rétention de la tête dernière souvent observée

dans les rétrécissements pelviens. Cependant on sera tenu à l'employer lorsque la tête ne s'engage pas et aussi dans le cas de bassin plat où elle est préférable à la version.

Lorsqu'un membre supérieur accompagne une présentation de la face ou du front, la conduite à tenir est exactement celle que nous venons d'indiquer pour le sommet, mais il faut ajouter que le forceps réussit rarement dans ce cas et qu'après une première tentative d'application de cet instrument il faudra recourir à la version. Enfin, celle-ci peut échouer et alors l'enfant est mort en général, et on pratiquera la basiotripsie.

Dans le cas où un membre supérieur est descendu avec le siège, nous avons déjà vu que l'accouchement se faisait généralement sans que l'on ait besoin d'intervenir. Cependant, dans certains cas, si le fœtus est volumineux ou si le bassin est rétréci, il peut arriver que l'expulsion tarde à se faire ; mais on peut alors hâter la terminaison de l'accouchement en tirant sur la présentation. Dans une de nos observations (obs. II), M. Potocki dut poser un lacs sur le bras procident et faire l'abaissement du pied. Parfois on sera obligé de faire la réduction. Dans l'observation III, on tira sur le pied, le siège descendit difficilement et on dut refouler la main qui descendait en même temps que le siège.

Enfin, pour l'épaule, lorsque le bras de nom opposé à l'épaule qui se présente est tombé, c'est seulement à la version que l'on peut recourir.

III

A. — Examinons maintenant le cas des membres inférieurs.

Avant la rupture de la poche des eaux, on prend presque toujours le pied pour une main, ou bien on pense à une présentation du siège complet.

Les pieds peuvent disparaître à mesure que la tête s'engage. Depaul dit que si la réduction ne se produit pas spontanément, la rétropulsion devient nécessaire. Nous pensons qu'il vaut mieux ne pas attendre et faire la réduction immédiate comme pour les membres supérieurs.

Il en sera de même après la déchirure des membranes.

Pour réduire le pied on usera du procédé de Mattei. Cet auteur saisit le pied du fœtus par l'espace séparant le gros orteil du suivant et l'enfourchant avec l'espace qui sépare le pouce des autres doigts, repousse le pied dans l'intervalle des contractions. L'opération sera pratiquée avec la main qu'on reconnaît être la plus commode, main droite si la procidence siège du côté gauche du bassin, main gauche dans le cas contraire.

Après la réduction, on suivra les mêmes règles que pour le membre supérieur et on pourra terminer par une application de forceps.

Si la réduction échoue, on interviendra alors par le forceps ou la version. La question est plus discu-

tée que pour les membres supérieurs, car en effet les pieds se trouvent ici beaucoup plus faciles à atteindre et la version est beaucoup plus aisée. Les deux opérations pourront donc être employées et il faudra recourir à l'une ou à l'autre suivant les indications générales (engagement de la tête, quantité de liquide dans l'utérus, contracture plus ou moins marquée).

Dans le cas de bassin rétréci, Depaul lui même, grand partisan du forceps, préfère la version. Pour la pratiquer, il faudra confier le pied muni d'un lacs à un aide qui est chargé de faire des tractions, et la main introduite dans le vagin devra s'efforcer de repousser la tête. Si la version échoue, alors seulement on tentera une application de forceps puis, ce qui est absolument exceptionnel pour les membres inférieurs, la basiotripsie.

Les procidences d'un membre inférieur dans les présentations de la face commandent toujours la version ; dans les présentations de l'épaule les procidences ne sont pas toujours une circonstance aussi favorable qu'on pourrait se l'imaginer, et on est obligé d'aller rechercher l'autre pied pour terminer la version, qui n'est pas toujours possible. Cette dystocie est d'ailleurs très rare et elle ne se rencontre que dans les tentatives infructueuses de version pour présentation ordinaire de l'épaule, alors qu'on a abaissé un pied et que la tête ne remonte pas.

B. — Quelle est la conduite à tenir, si au lieu d'avoir affaire à un seul membre, l'on se trouve en présence

de deux membres du même nom ou de deux ou plusieurs membres de nom contraire ?

Dans le premier cas, il est évident que les moyens indiqués comme pouvant faciliter la réduction spontanée ne donnent rien. Il faudra tenter la réduction artificielle immédiatement. Celle-ci s'effectuera en commençant d'abord par le bras antérieur « dans la crainte, dit Rubé, de ne pouvoir le rentrer plus tard, car en raison de son siège, il apporte un plus grand obstacle au mouvement de rotation de la tête ». S'il s'agit des pieds on commencera également par le pied antérieur.

Si la réduction échoue, on appliquera le forceps pour les procidences des membres supérieurs, et on pratiquera la version pour les membres inférieurs. Cependant, pour les membres thoraciques on pourra aussi faire la version, suivant Tarnier, car la tête demeure élevée et on risque de prendre les bras entre les cuillers de l'instrument et la tête fœtale.

Pour les procidences complexes, la version est la seule opération praticable ; si on tente la réduction, il se produit presque toujours une récurrence. Il ne faudra pas intervenir immédiatement, car plusieurs auteurs, en particulier Jacquemier, Siebold, Wigaud, Caffort cité par Velpeau, ont signalé des cas de réduction spontanée. Souvent il faudra faire une basiotripsie, car le cordon accompagne souvent les membres et l'enfant meurt par compression du cordon. Yzabo (1) a même signalé un cas où il dut, avant de

1. Yzabo, observation in l'Obstétrique 1904.

pratiquer la perforation crânienne, sectionner un membre, ne pouvant faire pénétrer sa main dans l'utérus.

C. — Dans les *procidences compliquées* de chute du cordon, c'est cette complication qui devient la plus importante et c'est à elle qu'il faut s'adresser avant tout, sans s'occuper de la procidence des membres. Il faudra donc commencer par la réduction du cordon, pour terminer par le ou les membres procidents. Si l'on ne réussit pas c'est en général à la version que l'on a recours. Une fois cependant, dans nos observations, que nous avons rapportées, on fit avec succès une application de forceps. Enfin dans le cas de fœtus mort on fera toujours la basiotripsie.

D. — Dans les cas de *grossesse gémellaire*, la présence d'une main ou même des deux mains ne présente pas d'inconvénient sérieux. L'expulsion pourra se faire facilement ; parfois il faudra réduire la procidence ou tirer sur la présentation pour hâter la fin de l'accouchement. Une fois, sur nos 5 observations on appliqua le forceps parce que la femme ne faisait aucun effort d'expulsion.

Lorsque au contraire ce sont les membres inférieurs qui se présentent en même temps que la tête, on peut craindre, nous dit Depaul, le croisement des deux têtes. « Il vaut mieux, pour l'éviter, tenter la réduction des pieds que l'on fera suivre d'une application de forceps. » Si l'on tirait sur les pieds « on s'exposerait à faire descendre le second fœtus et à voir les deux tête s'enlacer ». On pourrait également

pratiquer la version sur le premier fœtus et on obtient ainsi deux extrémités pelviennes qui se termineront sans difficulté. Ceci se passe lorsque les membres appartiennent au deuxième fœtus qui va se présenter par le siège. Si, ce qui est plus rare, les deux membres pelviens appartiennent au premier fœtus, on pourrait alors faire la version sur ce premier fœtus ; mais il ne faut pas oublier qu'il est parfois difficile de dire à qui appartiennent les membres prolabés.

L'enclavement peut d'ailleurs se produire chaque fois que le premier fœtus se présente par le siège et que la tête du second fœtus qui va se présenter sera dirigée en bas et que l'on pratiquera la version sur le premier enfant. Un cas de ce genre, mais dans lequel les membres supérieurs du premier fœtus étaient entre procidents, a été rapporté par M^{me} Lachapelle et reproduit par Tarnier dans sa thèse d'agrégation. Le diagnostic de grossesse gémellaire n'avait pas été fait au début. M^{me} Lachapelle pratiqua la version sur l'enfant quise présentait et au moment du dégagement de la tête celle-ci résiste ; « en cherchant quel était l'obstacle qui l'arrêtait, M^{me} Lachapelle rompit la poche des eaux d'un deuxième enfant. La tête de celui-ci se trouvait être inférieure à celle du premier, de sorte qu'il y avait enclavement des deux têtes ». M^{me} Lachapelle réussit pourtant à extraire les deux enfants ; mais les deux têtes furent fortement comprimées ; le premier enfant ne survécut pas et le deuxième mourut quelque temps après sa naissance.

E. — Que faut-il faire en présence d'un déplacement

dorsal? Simpson, dans ses cliniques conseille, « si la nature est insuffisante, de s'efforcer de ramener le bras sur une des parties latérales de la tête afin de convertir le cas en une simple présentation de la tête et du bras ». Plus loin Simpson ajoute qu'il serait peut-être possible parfois « de repousser le coude en avant dans la direction de l'extrémité inférieure du sternum et ainsi de ramener le bras déplacé dans sa position normale, en avant de la poitrine ». Si cette réduction est impossible, c'est alors à la version seule que l'on peut recourir, et c'est à cette intervention seule que Lorry (1) conseille de recourir, la réduction étant exceptionnellement possible.

1. Lorry, *Archives de tocologie*, 1884, p. 860.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Tête mal fléchie. — Bassin légèrement rétréci. — Procidence de la main et du cordon. — Tentatives infructueuses de réduction. — Enfant mort. — Œuf fétide. — Basiotripsie.

X... vingt ans, femme de chambre, III-pare.

Deux premières grossesses normales. Grossesse actuelle à terme. Entre à la Pitié le 13 mars 1909 à midi.

Au toucher on constate : tête mal fléchie avec une main au devant d'elle, derrière la branche horizontale du pubis. Col dilatable comme 1 franc. Membranes rompues à 10 heures.

Les bruits du cœur sont bons.

4 h. 1|2 soir. — Bruits du cœur plus lents. Au toucher, dilatation de 2 francs. Main au-devant et à droite de la tête et cordon animé de battements. Tête mobile mal fléchie avec fontanelle antérieure au centre du détroit supérieur. On décide d'introduire immédiatement un gros ballon pour refouler la tête et empêcher la compression du cordon ; mais auparavant l'interne du service tente de réduire la main et le cordon procident sans y réussir.

5 heures. — Introduction dans l'utérus d'un ballon de
E. Uzan

500 grammes qui ressort aussitôt qu'il est gonflé. Derrière lui le cordon descend davantage dans le vagin. On tente de réduire cette procidence mais en vain. Les battements disparaissent peu à peu.

7 heures. — Introduction d'un nouveau ballon.

14 mai, 9 heures matin. — Température 39 degrés ; pouls 128. Dilatation petite paume de main. La tête dont les os chevauchent est en avant, le ballon en arrière, empêchant la tête de progresser. On le retire.

11 h. 20. — M. Potocki trouve une dilatation de petite paume de main. Tête en O. I. D. A. mal fléchie. Il fait pratiquer la basiotripsie à M. Bertier, interne du service. Extraction de la tête facile. Liquide fétide. Injection intra-utérine.

OBSERVATION II

Siège décomplété mode des fesses. — Procidence d'une main. — Abaissement prophylactique d'un pied. — Paralysie radiculaire au troisième jour du membre supérieur droit qui était procident.

Primipare de vingt-deux ans, entrée le 7 septembre 1910, à 13 h. 30. Grossesse à terme. H. U. 32.

Au toucher : Membranes intactes. Dilatation de deux francs. Présentation du siège décomplété mode des fesses. En avant du siège, orienté en G. A. on sent une main procidente, main droite correspondant au bras postérieur.

8 septembre 6 h 30 matin. — Rupture spontanée des membranes. Dilatation de cinq francs. Le siège appuie bien au

détroit supérieur. On place la parturiente en position obstétricale.

Introduction dans le vagin d'un ballon de Champetier, de 450 grammes. La dilatation est de petite paume de main.

9 heures. — Expulsion du ballon. Dilatation stationnaire.

11 heures. — Dilatation complète. M. Potocki pose un lacs sur le bras procident avec une certaine difficulté ; il est obligé de tirer un peu sur la main et de la faire maintenir pendant l'application du lacs, puis il abaisse le pied antérieur, après anesthésie chloroformique de la parturiente. Abaissement artificiel du bras gauche ramené en arrière.

11 h. 15. — Extraction d'un enfant vivant de 2.750 gr. Bi-P. = 9.2 ; O. F = 11. 5.

Le 11 septembre apparaît une paralysie radiculaire du bras droit qui était procident. Massage. Électrisation.

13 septembre. — Légère amélioration. L'enfant réagit à la piqure.

26 septembre. — L'enfant sort guéri.

OBSERVATION III

Présentation du siège complet. — Procidence d'une main et du cordon

X..., vingt-quatre ans, infirmière, IV-pare au huitième mois. A eu trois grossesses normales.

Entre à la salle de travail le 23 juin 1910 à 9 heures du matin.

Bassin normal. Présentation du siège complet, engagement non effectué.

Minuit. — Dilatation comme 5 francs. La poche des eaux est très tendue. On sent à travers les membranes le cordon animé de battements. La partie fœtale est très élevée. En pratiquant le toucher on arrive très haut sur des petits membres qu'on estime être des pieds. La dilatation se complète.

M. Robert, interne, rompt la poche des eaux après avoir mis la parturiente en position obstétricale et saisit un pied. Tractions. L'engagement est difficile ; la descente est gênée par la procidence d'un membre supérieur dont la main est perçue à côté du siège et qui descend en même temps que lui. On refoule la main, mais en même temps une anse de cordon tombe dans le vagin. On se hâte d'extraire le fœtus. Le dégagement du bras relevé est assez difficile ainsi que la manœuvre de Mauriceau.

Enfant ranimé au bout de vingt minutes. Poids : 2.550 gr.

L'enfant sort bien portant le onzième jour.

OBSERVATION IV

Présentation du sommet. — Gros enfant. — Procubitus de la main. — Application de forceps pour lenteur de la période d'expulsion.

V..., primipare, vingt-cinq ans, couturière.

Entre à la salle de travail le 8 février 1910 à 6 h. 30 du soir.

Au toucher dilatation comme 50 centimes. Tête en O. I.

G. P.

11 heures soir. — Rupture spontanée de la poche des

eaux. Dilatation complète. La femme fait des efforts expulsifs.

9 février, 2 h. 1/2 du matin. — La tête est à la vulve, mais malgré les efforts expulsifs, elle ne progresse pas.

2 h. 3/4. — Application de forceps sous chloroforme, par M. Muttel, interne. La branche gauche est introduite la première. La main qui lui sert de guide constate la présence, au niveau de l'oreille droite du fœtus, d'une main procidente à laquelle on attribue la lenteur du travail. Introduction de la deuxième branche qui ne présente aucune particularité.

Extraction facile d'une fille vivante.

Déchirure du périnée ayant nécessité 3 crins.

Enfant pesant 3.950 grammes. Bi-P. = 9,5; O. F. = 12, 4.
L'enfant sort le 18 février.

OBSERVATION V

Présentation de la tête mobile. — Procidence d'une main et du cordon. — Version par manœuvres internes. — Enfant vivant.

C..., trente-neuf ans, blanchisseuse V-pare, entrée le 30 avril 1911, à 8 h. 1/2 du matin. On constate une tête très élevée, avec le dos à gauche. Dilatation comme 2 francs, poche des eaux volumineuse, peu tendue, dans laquelle on sent un paquet de cordon animé de battements ainsi qu'un petit membre qu'on croit être une main. Tentatives infructueuses de rétropulsion du cordon. Contractions utérines espacées. On laisse les choses en l'état.

Midi. — Les contractions utérines deviennent plus fréquentes.

La tête demeure très élevée. On rompt la poche des eaux, la procidence s'accuse davantage pendant qu'on essaie de la réduire. Aussi on pratique la version par manœuvres internes et on extrait un enfant de 3.530 grammes.

La manœuvre de Mauriceau a été pénible. L'enfant naît étonné mais est ranimé au bout de dix minutes. Bi P. = 9,6; O. F. = 12,3.

Sorti le 8 mai bien portant.

OBSERVATION VI

Présentation de la tête. — Bassin rétréci. — Procidence du cordon et de la main. — Version par manœuvres internes. — Enfant mort deux heures après l'accouchement.

C..., femme de quarante-ans, VI-pare, ayant eu cinq enfants actuellement bien portants. H. U. = 40. Entre le 13 février, à 7 h. 1/2.

La parturiente a perdu les eaux le 13 février, à 1 heure du matin, mais l'utérus n'est pas rétracté et se laisse facilement palper.

Tête en gauche transverse, mobile au détroit supérieur. Auscultation négative. Dans le vagin se trouve une anse de cordon accompagnée du bras droit procident. Il s'écoule du liquide amniotique coloré par du méconium. La dilatation est presque complète.

On met la parturiente en position obstétricale et, ne trouvant pas de battements au cordon, on tente de le réduire,

mais il retombe de nouveau. C'est seulement en rétropulsant le bras pour faciliter l'accouchement qu'on perçoit des mouvements respiratoires convulsifs de l'enfant. Comme la tête n'est pas engagée, que l'utérus n'est pas rétracté et qu'il s'écoule encore du liquide, on fait très doucement une version par manœuvres internes. Introduction de la main et saisie du pied assez facile; tractions très douces qui amènent l'évolution du fœtus sans incident. Dégagement des épaules facile, puis manœuvre de Mauriceau. L'enfant naît étonné, il est ranimé au bout d'une demi-heure, mais il succombe deux heures après. Bi P. = 9,6; O. F. = 11,5.

OBSERVATION VII

Présentation de la tête. — Procidence de la main et du cordon. — Version. — Enfant vivant

B..., vingt-quatre ans, ménagère, IV pare., a eu trois grossesses normales.

Entre le 8 décembre 1912. A l'examen, bassin normal. H. U. = 38. Léger excès de liquide.

Au toucher tête haute et mobile. Dos à droite.

9 Décembre, 3 heures du matin. — Tête mobile, dilatation petite paume de main, membranes intactes, poche des eaux très tendue et volumineuse. Les bruits du cœur sont bons.

5 heures. — Rupture spontanée des membranes, écoulement abondant en jet du liquide amniotique. Bruits du cœur faibles.

Au toucher, on constate que le cordon et une main sont procidents. La tête est mobile et tend à fuir dans la fosse

iliaque gauche. Les battements du cordon sont nettement perçus mais commencent à se modifier. La dilatation étant complète on pratique la version et on extrait assez facilement une fille de 3.750 grammes, ranimée rapidement. BiP = 9.5; OF = 12.

Sortie bien portant le 23 décembre.

OBSERVATION VIII

Présentation de la tête. — Bassin étroit. — Procidence du cordon et de la main. — Forceps pour souffrance fœtale. — Enfant vivant

M..., vingt-sept ans, couturière, primipare, au terme de huit mois et demi.

Entre le 1^{re} novembre 1912, à 11 heures du soir. Dilatation complète. Dos à droite.

La femme fait des efforts d'expulsion.

2 novembre, 2 heures du matin. — Bruits du cœur incompressibles. Il est décidé d'extraire l'enfant au forceps. On donne du chloroforme à la parturiente. M^{lle} Condat, interne, fait une application de forceps après avoir repoussé une main placée à côté de la tête.

La tête est petite et remonte haut dans l'excavation, ce qui déplace les branches de l'instrument et empêche d'articuler. Un paquet de cordon descend alors dans le vagin. On le remonte assez difficilement. Les bruits du cœur redeviennent bons.

2 h. 3/4. — Nouvelle application de forceps en droite posté-

rieure et extraction d'un enfant de 2.550 grammes qui naît étonné, mais crie rapidement. OF = 10, 8 ; BiP. = 9.

Sorti le 17 novembre.

OBSERVATION IX

Grossesse gémellaire au huitième mois. — Premier enfant, siège complet. — Deuxième enfant. Tête avec procubitus d'une main.

Femme de trente-sept ans, employée de commerce, VII-pare.

Entre à la salle de travail le 10 septembre 1912, à 13 h. 1/2.

Bassin normal, grossesse au huitième mois. H. U. = 37 centimètres.

Au palper : siège engagé, dos à gauche. La tête occupe le flanc droit. Au-dessus d'elle et un peu à droite on constate une deuxième tête avec un sillon du cou très net. Le dos du second fœtus est étendu transversalement, le siège occupe le flanc gauche.

Au toucher : Dilatation complète. Siège complet.

14 heures. — On rompt artificiellement les membranes.

15 heures. — Le siège apparaît à la vulve et se dégage en une seule contraction. Manœuvre de Mauriceau facile. Section du cordon entre deux pinces.

Le palper montre que le second fœtus est en position transversale. On pratique la version par manœuvres externes ramenant la tête au niveau du détroit supérieur.

Au toucher on sent alors une deuxième poche des eaux et une main à côté de la tête.

15 h. 1/2. — Les contractions utérines réapparaissent. On rompt la poche des eaux. La tête s'engage avec la main au devant d'elle.

La main apparaît ainsi à la vulve, se dégage, puis la tête, qui n'a pas effectué sa rotation, se dégage à son tour.

Les enfants sortent le 22 septembre dans un état satisfaisant.

OBSERVATION X (résumée)

Procubitus d'une main constaté quelques jours avant l'accouchement et ayant disparu au cours du travail

Femme de quarante ans, IV-pare.

Tête mobile. Droite transverse. Bassin normal.

A l'entrée au dortoir, le 2 juillet 1912, la tête est très mobile, le col est perméable pour l'index. On atteint la tête au bout du doigt et dans la poche des eaux on sent une main.

3 juillet. — On ne sent plus la main, la tête est descendue davantage.

Début du travail le 13 juillet, à 10 heures du soir.

Rupture de la poche des eaux le 13 juillet, à 6 heures du matin. Sommet en O. I. G. A.

L'accouchement s'est effectué normalement sans aucun incident.

Enfant 3.320. O. F. = 11,6 ; Bip. = 9,3.

OBSERVATION XI (Résumée)

*Accouchement prématuré. — Présentation du sommet. —
Accouchement spontané avec procidence d'une main.*

Primipare de vingt et un ans, dactylographe. Entre le 21 juin 1912, à 10 heures du soir, au septième mois.

Bassin normal. Arrivée à dilatation complète.

Engagement effectué. Sommet en O. I. G. A., avec procidence de la main gauche. La main procidente est en avant de la tête et se dégage en même temps que la tête.

Enfant de 1.750 grammes qui succombe deux heures un quart après sa naissance.

OBSERVATION XII

*Présentation du sommet. — Procubitus d'une main. —
Application de forceps, — Bassin étroit.*

G..., primipare de dix-huit ans, plumassière. Entre à la Pitié le 19 juin 1912 ; à 20 h. 45.

Grossesse à terme. Promontoire sous-pubien = 10. 7. Position droite transverse.

20 juin, à 10 heures. — Tête très mobile débordant légèrement la symphyse pubienne, suture sagittale plus rapprochée du pubis que du promontoire. Membranes intactes. Dilatation de 2 francs.

18 heures. — Dilatation grande paume de main. La tête ne s'engage pas.

22 heures. — Dilatation complète. Même situation de la tête.

23 heures. — On constate que la poche des eaux bombe considérablement et que la tête est mobile. On rompt la poche des eaux.

La tête commence à s'engager mais elle est mal fléchie. Les bruits du cœur sont bons.

21 juin, 1 heure matin. — La tête ne progresse pas.

1 h. 20. — Application de forceps sur la tête en O. I. D. P., qui est réduite facilement en transverse. L'extraction paraît d'abord difficile, puis la tête, prise par le forceps, se dégage brusquement en même temps qu'apparaît la main droite en *procubitus*, appliquée contre la tête.

Délivrance artificielle. Déchirure du périnée ayant nécessité quatre crins. Enfant de 3.650 grammes. O. F = 12. 2 ; BiP. = 9,5.

Mère et enfant sortis le 2 juillet en bon état.

OBSERVATION XIII

Accouchement spontané au huitième mois. — Présentation du sommet. — Procidence d'une main réduite spontanément.

C..., primipare, vingt-trois ans. Entre le 3 avril 1912 à la Pitié.

A l'examen. — Dilatation comme 5 francs. Poche des eaux volumineuse pendant les contractions. Tête mobile en gauche transverse.

Dans l'intervalle des contractions, l'interne du service

constate que la tête n'est pas engagée et qu'il existe en avant et un peu à gauche de cette tête une main procidente.

La femme est amenée à la salle de travail. Réexaminée à nouveau, on ne sent plus la main procidente, même en remontant assez haut.

Accouchement normal.

Poids de l'enfant : 2.500 grammes ; OF = 11 ; BiP = 9,3.

Mère et enfant sortis le 7 avril en bon état.

OBSERVATION XIV

Présentation du sommet. — Procidence du bras et du cordon. — Réduction. — Application de forceps pour souffrance fœtale. — Extraction difficile des épaules. — Enfant mort-né.

Secondipare de trente-quatre ans. Entrée le 25 mars 1912, à 14 heures, à la Pitié.

A l'examen. — Dilatation de 1 franc. Membranes intactes. Bruits du cœur normaux. On perçoit au détroit supérieur une tête mobile et au devant d'elle un petit membre qui semble être une main.

16 h. 1/2. — Rupture spontanée de la poche des eaux. Écoulement d'un liquide verdâtre.

17 h. 1/2. — M. Durand, interne du service, trouve une dilatation de 5 francs. Il perçoit une anse de cordon animée de battements et un petit membre qui se trouve replié sur la tête, le cordon étant situé dans l'espace compris entre le coude et le bras. Il pratique la réduction du bras et du cordon. La tête descend aussitôt.

18 h. 15. — M. Potocki constate que la tête appuie bien sur l'orifice utérin. Les bruits du cœur sont bons. Les procidences ne se sont pas reproduites.

23 heures. — La lèvre antérieure du col s'œdématie et il se produit une petite déchirure du col.

26 mars, à 1 heure matin. — Application de forceps en D. T. par M. Durand. La tête se dégage en O. P. De suite, après le dégagement, l'enfant fait deux ou trois mouvements inspiratoires. Il existe deux circulaires autour du cou qu'il fait passer par dessus la tête. A ce moment le cordon n'est plus animé de battements. On extrait rapidement l'enfant, mais on éprouve des difficultés au dégagement des épaules. L'enfant naît en état de mort apparente et ne peut être ranimé malgré deux heures de soins.

Enfant de 3.780 grammes. OF = 12 ; BiP = 9,5.

OBSERVATION XV (Résumée).

Grossesse gémellaire au huitième mois. — Rupture prématurée des membranes deux jours avant l'accouchement. — Procidence d'un bras du deuxième fœtus.

B..., primipare de vingt-cinq ans, entrée le 25 février 1912, à 2 heures du soir. avec une dilatation de 1 franc, un sommet qui s'engage.

Les bruits du cœur sont bons.

25 février, à 8 h. 15 soir. — Dilatation petite paume de main.

26 février, 10 h. 1/2. — Dilatation complète. Efforts expulsifs.

A 11 heures. — Expulsion d'un garçon de 1.890 grammes.

Le deuxième fœtus se présente par le sommet (O. I. G. A.) avec procidence du bras gauche. Rupture artificielle des membranes.

Dix minutes après, naissance d'un deuxième garçon de 1.760 grammes.

Enfants débiles, le second meurt le neuvième jour ; le deuxième enfant est passé au service des débiles.

OBSERVATION XVI (Résumée)

Présentation de la face. — Procidence d'une main. — Réduction spontanée.

B..., primipare de dix-huit ans, entrée le 7 janvier 1912, à 14 heures.

Bassin normal H. U. : 32. Membranes intactes. Dilatation petite paume de main. Présentation de la face en M. I. D. P., avec une membre à côté de la face. La tête s'engage progressivement, et la main remonte spontanément.

15 h. 30. — Dilatation complète. Rupture artificielle des membranes. La procidence a disparu complètement, la face s'est engagée. Rotation lente de la face en M. P.

16 heures. — Expulsion spontanée d'un enfant vivant de 3.650 grammes. O. F. : = 13; BiP. 9. 5.

Enfant sorti le douzième jour bien portant.

OBSERVATION XVII

Accouchement gémellaire au huitième mois. — Expulsion du 1^{er} jumeau de 1.900 grammes — Deuxième jumeau de 1.730 grammes en O. S. avec procidence d'une main.

M..., primipare de vingt-deux ans, entrée le 5 janvier 1912, à 7 h. 30 à la Pitié.

Bassin normal H. U. : 33.

Au détroit supérieur on trouve une première tête mobile avec dos à droite. Dans la fosse iliaque gauche on constate la présence d'un pôle fœtal semblant être une deuxième tête. Membranes intactes. Dilatation comme 2 francs.

6 janvier, 4 h. matin. — Rupture spontanée de la poche des eaux.

Au toucher, on trouve la tête coiffée du côté gauche par la deuxième poche des eaux.

4 h. 30. — Expulsion d'une fille vivante se dégageant en O.P. sans difficulté.

On rompt la deuxième poche des eaux et on constate la présence d'un bras procident à côté de la tête.

On repousse le bras au-dessus de la tête, et celle-ci s'engage aussitôt.

1 h. 45. — Dégagement en O. S. d'un garçon de 1.730 grammes.

Délivrance naturelle et complète 30 minutes après.

Le premier enfant meurt le sixième jour, le second succombe le troisième jour.

OBSERVATION XVIII

Présentation du sommet. — Procidence d'un bras réduite manuellement. — Application de forceps pour modifications des bruits du cœur.

R..., trente-neuf ans, IV-pare, ayant eu trois grossesses normales, est entrée le 10 novembre 1913, à 22 heures.

Bassin normal. Engagement non effectué. Extrémité céphalique mobile en gauche transverse.

Minuit. — Dilatation complète. Poche des eaux intacte, La tête est toujours mobile.

Minuit 5 minutes. — Rupture spontanée des membranes. Au toucher on constate alors une procidence d'un bras. On place la parturiente en position obstétricale et on arrive avec *assez de peine* à réduire la procidence. La tête s'engage. Les bruits du cœur sont irréguliers à 90, puis à 72. On fait alors une application de forceps en gauche transverse. L'introduction de la branche gauche première est difficile; celle de la branche droite ne présente aucune difficulté.

11 novembre, 1 heure. Naissance d'un enfant de 3.310 gr. né étonné et facilement ranimé. O. F. = 12,3; BiP. = 9,3.

Mère et enfant sortis le 21 novembre bien portants.

OBSERVATION XIX

Présentation du sommet. — Procubitus d'une main.

Enfant mort-né. — Circulaire serrée autour du cou.

H..., primipare de vingt-deux ans, entrée le 26 octobre 1913.

Bassin normal. Dilatation comme 5 francs. Tête mobile tendant à se fixer en D. P.

Au toucher on trouve en avant de la tête fœtale et à droite une main dont on atteint à peine les doigts. On remonte très facilement la main au-dessus de la tête.

La femme n'a pas de contractions utérines.

27 octobre, 8 h. 1/2. — Dilatation complète. Les bruits du cœur sont sourds. La tête s'engage. Circulaire serrée autour du cou.

8 h. 3/4. — Naissance d'un enfant mort-né de 3.310 gr.

OBSERVATION XX

Rétrécissement du bassin. — Présentation transversale. —

Version spontanée. — Tête mobile et procubitus d'une main. — Réduction manuelle. — Accouchement en présentation de la tête. — Déformation considérable de la tête. — Enfant mort le deuxième jour.

J..., femme de vingt-quatre ans, ménagère, III-pare, entrée le 21 septembre 1913, à 23 heures, à la Pitée. A eu deux accouchements terminés par le forceps.

A l'entrée. Présentation transversale. Tête à gauche. Dos

en arrière. Dilatation presque complète. Poche des eaux volumineuse. Enfant vivant.

20 h. 30. — On décide de pratiquer la version par manœuvres internes.

Rupture artificielle des membranes. Sous l'effet de l'évacuation assez brusque du liquide la tête s'est placée au détroit supérieur.

On constate à coté d'elle, à droite et en avant, une procidence du bras droit. On réduit facilement cette procidence. Le col revient sur lui-même et ne semble plus dilaté que comme 2 francs.

22 septembre. — A 7 heures du matin. Dilatation complète. La tête s'engage progressivement. La diagnostic de la position est impossible à cause de la bosse séro-sanguine. La femme fait des efforts expulsifs.

9 h. 10. — Dégagement de la tête en O. P. Naissance d'un garçon vivant de 250 grammes.

Cet enfant présente une déformation considérable de la tête faisant penser à un enfant né en présentation du front ou en O. S. La bosse séro-sanguine siège sur les pariétaux et sur le frontal gauche. OF = 11.2 ; BiP = 88.

L'enfant meurt le 23 septembre.

OBSERVATION XXI

Présentation du sommet. — Procidence d'un membre supérieur — Application de forceps en D.T.

R..., secondipare de vingt-sept ans, entre le 18 août 1913, à 5 h. 45.

A l'examen, sommet en O.I.G.A. On trouve dans le vagin

une main procidente. La dilatation est de 2 francs ; les membranes sont rompues depuis le 16 août à 23 heures.

8 heures 30. — Bruits du cœur bons.

M. Sauvage fait les constatations suivantes :

En dessous de la tête, on découvre dans la cavité vaginale une partie du membre supérieur droit (main, avant-bras, tiers inférieur du bras).

En écartant les lèvres de l'orifice vulvaire, on aperçoit directement la main. Le membre procident est en arrière de la tête.

M. Rougier, interne du service, essaye de réduire la procidence, sous chloroforme, la femme se débat. M. Rougier, renonce après quelques tentatives faites pour soulever la tête et réduire le membre.

10 heures matin. — M. Potocki trouve une dilatation de petite paume de main. La tête n'est pas engagée mais seulement amorcée. Les bruits du cœur sont bons.

10 heures 15. — Dilatation complète. On donne du chloroforme à la parturiente. M. Potocki réduit alors la main procidente aisément, la tête étant peu engagée. Application de forceps en D.T. La tête étant descendue presque sur le plancher périnéal on retire le forceps et on fait une deuxième application sur la tête en occipito-pubienne.

10 heures 30. — Extraction d'une fille vivante de 3180 gr., O.F. = 11.5. BiP. = 9.5.

Enfant et mère sortisen très bon état, le 28 août bien portants.

OBSERVATION XXII

*Accouchement prématuré au septième mois. — Siège décom-
plété mode des fesses avec procidence d'une main*

D..., secondipare de trente-trois ans, entre à la Pitié le
15 juin 1913, à 19 heures.

Premier accouchement spontané à sept mois.

Grossesse actuelle, au septième mois. H. U. = 27.

Présentation du siège décomplété mode des fesses, en
gauche transverse. Au toucher, on sent à côté du siège du
côté droit, la main droite procidente. Dilatation de 5 francs.
Membranes rompues.

23 heures. — Dilatation complète.

23 heures 30. — Expulsion par le siège d'un enfant vivant
de 2.200 grammes. La main sort avec le siège.

OBSERVATION XXIII

*Accouchement gémellaire. — Application de forceps sur
les deux jumeaux pour lenteur de la période d'expulsion.
— Latérocidence d'un bras du premier jumeau.*

D..., primipare de trente-quatre ans, au huitième mois,
entrée le 20 mai 1913 à 4 heures. A l'examen, volume exa-
géré, de l'utérus (H.U = 48). Dilatation de 5 francs, mem-
branes rompues. Sommet engagé en gauche transverse. Au
fond de l'utérus on perçoit un autre pôle qui présente tous
les caractères d'une tête fœtale. On pose le diagnostic de
grossesse gémellaire.

8 h. 1/2. — Dilatation complète. Pas de contractions utérines.

9 h. 57. — Injection d'extrait hypophysaire; deux minutes après l'utérus se contracte. La femme ne fait aucun effort, l'utérus est presque en contraction permanente.

10 heures. — M. Potocki pratique le toucher et constate que la tête est toujours en gauche transverse et qu'il existe une latérocidence du membre supérieur et que le coude est interposé entre la tête et le pubis. Les contractions utérines continuent à être subintrantes mais la femme ne fait pas d'efforts d'expulsion.

On décide une application de forceps sous chloroforme.

10 h. 1/2. — L'application est très aisée et permet l'extraction d'un garçon vivant de 2.270 grammes.

Cinq minutes après on rompt la deuxième poche des eaux.

10 h. 3/4. — Application de forceps en O. P. Extraction d'une fille de 2.300 grammes née en état de mort apparente et ranimée après trente minutes de soins.

La tête du premier enfant est déformée et enfoncée par le bras procident.

Premier enfant mort le 20 juin.

Deuxième enfant mort le 11 juin.

OBSERVATION XXIV

Présentation du sommet. — Procidence d'un bras.

B..., entrée à la Pitié le 18 mai 1913 à 14 heures.

C'est une IV-pare de vingt-cinq ans, ayant eu trois accouchements normaux.

Grossesse actuelle : à terme. Bassin normal.

Envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de présentation de l'épaule. A l'examen à l'entrée on trouve un sommet en gauche transverse avec procidence de la main et de l'avant-bras. Les membranes sont rompues. La procidence est réduite assez facilement. On remonte doucement l'avant-bras en l'approchant du bras, puis on fait passer la main en avant. Immédiatement la tête descend et appuie sur le col. Les contractions utérines deviennent énergiques.

17 heures. — Dilatation complète.

17 h. 30. — Expulsion d'un enfant né étonné et facilement ranimé pesant 3.050 grammes.

Enfant et mère sortis le 7 mai en bon état.

OBSERVATION XXV

Présentation du sommet. — Procidence du cordon et d'une main. — Enfant mort. — Basiotripsie

B..., primipare de vingt-trois ans. Entrée le 12 mars 1913 à 10 heures. Gestation au neuvième mois. Parturiente de petite taille, parenthèse tibiale, nez en lorgnette, palais ogival. Promonto-sous-pubien = 10°, 7.

On constate que la tête se fixe en position gauche transverse et qu'elle est accompagnée de la procidence du cordon qui n'est pas animé de battements et d'une procidence de la main droite. La réduction de ces deux parties fœtales est impossible.

10 h. 1/2. — Examen de M. Sauvage. Tête fixée, n'appuyant pas bien sur l'orifice externe. Cordon et main procidents au

niveau de lasymphyse sacro-iliaque droite. Dilatation petite paume de main. Contractions irrégulières et peu fortes.

11 h. 1/2. — Dilatation stationnaire. Température 37°9. Pouls 96. Contractions utérines espacées. M. Sauvage pratique la basiotripsie.

La procidence du cordon rend cette opération difficile.

Extraction d'un garçon de 2.670 grammes (sans matière cérébrale).

Délivrance artificielle pour hémorragie interne. Injection utérine de 24 litres.

Femme sort en bon état le 4 avril.

OBSERVATION XXVI

Bassin étroit. — Tête mal fléchie. — Procubitus d'une main. — Forceps. — Enfant vivant. — Délivrance artificielle.

L..., primipare de vingt-neuf ans, entre à la salle de travail le 27 janvier 1913, à 16 heures.

Bassin : promontoire accessible. H. U. = 32. Tête tendant à s'engager. Dilatation 1 franc. Col œdématié. Membranes rompues depuis le 25 janvier, à 5 heures du matin.

A 9 h. 30 soir. — Dilatation stationnaire, femme agitée. Bain d'une heure.

Les bruits du cœur sont bons.

A 10 1/2. — Dilatation comme 2 francs.

28 janvier, 3 h. 30 matin. — La parturiente est très agitée, l'utérus se contracte régulièrement toutes les dix minutes. Injections vaginales chaudes.

9 heures matin. — Température 38° 1, pouls 120. Il s'écoule par la vulve un liquide purulent.

4 heures soir. — Bruit du cœur bons. Dilatation entre petite et grande paume de main. Chevauchement des os de la tête.

9 heures soir. — La femme est fatiguée, toute la journée les contractions ont été douloureuses et fortes. Examen de M. Sauvage. On sent la fontanelle antérieure facilement accessible à l'extrémité gauche du diamètre transverse. Dilatation 6 centimètres. La suture sagittale est éloignée du pubis. La bosse pariétale antérieure est plus engagée que la postérieure. On décide d'appliquer le forceps.

Anesthésie à l'éther. Après anesthésie on fait les constatations suivantes :

I. — Bosse séro-sanguine volumineuse. Tête au D. S. fléchie presque en présentation du front, tout est dans le même état que le matin.

II. — Dilatation manuelle et facile du col ; on constate le procubitus d'une main en arrière de la tête.

III. — Forceps en prise directe. La première saisie de la tête est faite en D. T. tête défléchie, tractions très en bas. A un moment donné on entend un ressaut produit par le passage de la tête au détroit supérieur. La tête descend et s'engage mais cesse bientôt de progresser parce qu'elle est défléchie. C'est seulement pendant la rotation du forceps que la tête se fléchit.

IV. — Les cuillers qui avaient été placées sur une tête très défléchie n'étant plus normales actuellement par rapport à la tête, on désarticule et on refait une prise normale. Tractions énergiques amenant le dégagement de la tête en O. P. Circulaire lâche.

Enfant né en état de mort apparente, facilement ranimé.

Légère hémiparésie faciale droite passagère. Déchirure ayant nécessité deux points de suture profonds.

Enfant 3.070 grammes. Bip. = 8.8, O. F. = 10.8. Enfant sorti le 6 février 1913, bien portant.

OBSERVATION XXVII

Présentation du sommet. — Procidence du cordon et de la main. — Réduction manuelle. — Accouchement spontané

C..., secondipare de vingt-quatre ans, entre à la Pitié le 13 janvier 1913, à 11 heures du matin.

Grossesse actuelle à terme. Bassin normal.

Examen à l'entrée par M. Sauvage, col de primipare non complètement effacé, dilatable comme 1 franc; membranes intactes. Tête mobile; on sent la tige funiculaire animée de battements rapides (172). M. Sauvage décide la réduction de la procidence sous chloroforme. Introduction de la main jusqu'aux membranes; en avant de la tête on sent une anse de cordon et derrière la tête, au devant de la symphyse sacro-iliaque droite, un petit membre qui paraît être une main.

Réduction du cordon et du membre procident à travers les membranes, puis rupture des membranes afin d'amener la fixation de la tête. Les bruits du cœur deviennent normaux. Les contractions utérines deviennent plus intenses et plus fréquentes. La dilatation progresse rapidement; la tête s'engage et la femme accouche spontanément à 14 heures, d'un garçon de 3.170 grammes.

Circulaire lâche autour du cou O. F. = 12.5 ; Bi P. = 9.

Durée du travail, soixante-cinq heures.

Enfant et mère sortis le 24 janvier, bien portants.

OBSERVATION XXVIII

*Placenta prævia. — Présentation du tronc. — Procidence
du cordon du pied et de la main. — Version interne.*

Enfant mort

C..., femme de vingt-cinq ans, entrée le 5 janvier, 1913 à
4 h. 1/2.

IV-pare. En 1908, accouchement à terme ; en 1911,
deux avortements de quatre mois.

Gestation arrivée au terme de sept mois et demi.

A son entrée la parturiente présente une hémorragie uté-
rine attribuée à une insertion vicieuse du placenta.

Au toucher. Dilatation comme 5 francs. A travers l'orifice
utérin, les membranes étant rompues spontanément depuis
11 heures du matin, on arrive directement sur un pied, une
main et une grande anse de cordon animée de battement. On
perçoit le gril costal très haut. A droite on sent une masse
charnue qui n'est autre que le placenta. On est donc en pré-
sence d'une présentation du tronc avec procidences mul-
tiples (la main procidente est de nom contraire à l'épaule qui
se présente). On décide de terminer rapidement l'accouchement,
l'enfant étant vivant.

Après dilatation manuelle de l'orifice utérin, on abaisse le
pied procident sur lequel on pose un lacs puis on va à la
recherche du second pied, le dernier est très difficile à

atteindre, enfin, après des efforts réitérés, on arrive au creux poplité situé au fond de l'utérus et à droite. Grâce à ce point d'appui le deuxième pied est abaissé et amené à la vulve. On procède à l'extraction du siège et on termine en extrayant la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine.

Enfant de 2.480 grammes, né en état de mort apparente, forme très grave. Au bout de dix minutes quelques battements. Après une heure et demie l'enfant commence à respirer régulièrement. Six heures après l'accouchement l'enfant meurt.

OBSERVATION XXIX

*Présentation du sommet. — Procubitus d'une main
Application de forceps pour lenteur de la période d'expulsion*

R..., primipare, vingt-quatre ans, entrée le 27 février 1914 à la Pitié.

Le 20 mars, à 6 heures du matin, elle est transportée à la salle de travail.

A l'examen gestation au neuvième mois. H. U. = 30. Sommet engagé en O. I. G. A. Dilatation petite paume de main.

Membranes rompues. Bruits du cœur bons.

27 février, 8 h. 30. — Dilatation complète.

11 h. 20. — Bruits du cœur 140. La tête ne progresse pas. M. Sauvage prescrit une application de forceps pour lenteur de la période d'expulsion. L'application est faite, sous chloroforme, par M. Bel, interne. Lors de l'introduction de la

première branche de forceps, on constate la présence d'une main procidente à côté de la tête, on essaye de la refouler sans y parvenir. L'introduction de la deuxième branche est aisée. Tractions régulières et fortes, rotation de la tête qui vient se placer en O. P. Extraction de la tête accompagnée de procubitus d'une main sur le côté gauche de la tête.

Enfant de 2.960 grammes né en état de mort apparente et facilement ranimé. O. F. = 11,4 ; Bi-P. = 9,5.

Rupture prématurée des membranes le 19 mars à 23 heures.

Durée du travail treize heures trente.

Enfant et mère sortent le 8 avril, bien portants.

OBSERVATION XXX

Présentation du sommet. — Procubitus de la main droite.

Dégagement spontané.

R..., primipare de vingt-trois ans, entrée à la Pitié le 20 février 1914 à 11 heures du matin.

Grossesse à terme. H. U. = 38. Sommet fixé en O. I. D. P. Dilatation de 2 francs. Membranes intactes.

22 heures. — Dilatation petite paume de main. Douleurs régulières assez fortes, mais espacées.

21 février, 2 h. 30 matin. — Dilatation grande paume de main. Les membranes se rompent pendant le toucher.

6 h. 20. — Dilatation complète. Bruits du cœur bons.

7 h. 30. — La tête apparaît à la vulve. Au moment où la boutonnière vulvaire atteint un diamètre antéro-postérieur de 8 centimètres environ, apparaît la main droite du fœtus,

accolée à la tempe du même côté. On tente sans succès la réduction du procubitus. Pendant une contraction la tête se dégage en même temps que la main.

Garçon vivant de 3.670 grammes à 7 h. 45. O. F. = 12,2; Bi-P. = 9,6.

Déchirure du périnée ayant nécessité 4 crins dont 3 profondes.

Mère et enfant sortis le 11 mars en bon état.

OBSERVATION XXXI

Présentation du sommet. Procubitus d'une main. — Application de forceps pour défaut de progression et modification des bruits du cœur. — Rupture prématurée des membranes.

Primipare de vingt-sept ans, entre à la salle de travail le 10 janvier 1914. Pas de douleurs. †

15 janvier, 10 heures du matin. — Col dilaté comme 5 francs, tête mal fléchie en D. T.

13 h. 25. — Dilatation complète. Bruits du cœur bons.

14 h. 15. — Bruits du cœur 160.

14 h. 30. — Bruits du cœur 200. La tête ne progresse pas, la rotation n'est pas effectuée.

On décide une application de forceps en D. T. pour modification des bruits du cœur. Lors de l'introduction de la première branche on constate que la main gauche est placée à côté de la tête, son extrémité atteignant l'oreille. Réduction facile de la procidence. La rotation de la tête s'effectue, la tête descend lentement; deuxième prise en O. P.

Extraction d'un enfant de 2.710 grammes facilement ranimé.

Enfant et mère sortis en bon état le 26 février.

OBSERVATION XXXII

Grossesse gémellaire bi-ovulaire. — Procidence d'une main du deuxième fœtus après version spontanée.

Réduction manuelle

L..., 11-pare de vingt et un ans, entrée le 10 janvier 1914 à 10 heures du matin, à la Pitié.

Premier accouchement à terme normal.

Actuellement, grossesse gémellaire. HU = 44.

Premier enfant : Présentation du sommet ; engagement effectué en O. I. G. A.

Deuxième enfant : Tête en haut occupant la partie droite de l'utérus. Siège en bas. Dos à droite.

La dilatation est de petite paume de main.

22 h. 15. — Dilatation complète. Rupture artificielle de la poche des eaux.

22 h. 35. — Accouchement spontané du premier enfant pesant 2.730 grammes. Aussitôt après, rupture spontanée de la deuxième poche des eaux. Le deuxième enfant effectue spontanément une version qui l'amène en O. I. G. A. A ce moment, on constate la présence de la main droite sur la partie latérale droite de la tête et qui dépasse même la tête. Réduction facile de la procidence.

22 h. 45. — Expulsion d'un deuxième enfant de 2.250 gr. Les deux enfants sortent le 21 janvier dans un état peu

satisfaisant par suite de troubles digestifs. La mère sort bien portante.

OBSERVATION XXXIII

Présentation du sommet. — Procubitus d'une main.

Dégagement en occipito-sacré

Primipare de dix-sept ans, entre à la Pitié le 7 janvier 1914, à 15 heures.

Grossesse au huitième mois. A eu des hémorragies utérines pendant sa grossesse. Bassin normal H. U. = 28. Tête en O. I. D. P. Membranes intactes.

22 h. 30. — Dilatation complète. Rupture artificielle des membranes.

22 h. 40. — La tête se présente en O. S.

22 h. 50. — Dégagement de la tête. On constate la présence de la main droite procidente située sur la joue droite de l'enfant, l'extrémité des doigts ne dépassant pas le diamètre bi-pariétal, en sorte que le toucher ne permettait pas le diagnostic pendant le travail. Étant donné le petit volume de l'enfant, le dégagement s'effectue néanmoins sans difficulté, sans même qu'il soit nécessaire de réduire la procidence.

Naissance d'une fille vivante de 2.100 grammes.

O. F. = 10, BiP. = 8,8.

Mère et enfant sortis le 2 février en bon état.

OBSERVATION XXXIV

Tête défléchie. — Procidence d'une main et du cordon. — Réduction manuelle. — Enfant mort six heures après sa naissance.

P..., trente-cinq ans, cartonnière, IV-pare, entrée le 5 janvier 1914, à 11 h. 30.

Trois accouchements normaux.

Grossesse actuelle à terme. H. U. = 35. Membranes rompues. Col dilatable comme 5 francs. Procidence de la main et du cordon en arrière de la tête mobile et élevée.

Le cordon bat très lentement (40 battements par minute).

On réduit les procidences manuellement en repoussant la main et en faisant passer le cordon au-dessus de la tête. Les bruits du cœur s'améliorent.

Trois minutes après, on constate un subit ralentissement des bruits du cœur. Le toucher montre que les procidences se sont reproduites et en même temps que la tête est défléchie. On arrive ainsi sur la face.

On remonte le cordon ainsi que la main et on fléchit fortement la tête. Au bout de dix minutes le rythme du cœur redevient normal.

13 heures. — Naissance d'un enfant de 3.070 grammes né en état de mort apparente et facilement ranimé.

BiP. = 9 ; O. F. = 11.5.

Six heures après sa naissance l'enfant meurt.

Mère sortie le 16 janvier, en bonne santé.

OBSERVATION XXXV

Présentation du sommet. — Procidence du membre supérieur en avant de la tête fœtale. — Membranes rompues soixante-douze heures avant l'accouchement. — Réduction bimanuelle de la procidence. — Accouchement spontané. — Enfant vivant.

Femme de trente-six ans, III-pare, entre le 30 octobre 1915 à l'hôpital Saint-Antoine.

Première grossesse en 1906, Fille actuellement bien portante.

Deuxième grossesse en 1914. Avortement de six semaines.

Grossesse actuelle au terme de huit mois.

30 octobre 1915. — Rupture spontanée des membranes.

1^{er} novembre, 8 heures matin. — Tête mobile. Procidence d'une main. Bruits du cœur sourds. Col perméable. Pas de contractions utérines. Bain d'une heure. On ne peut réduire la procidence l'utérus étant trop rétracté.

2 novembre, 9 heures matin. — Col dilatable comme 2 francs. Rétropulsion de la main et de l'avant-bras au-dessus de la tête fœtale par M. Potocki. M. Potocki, réduit la procidence avec deux doigts de la main gauche dans le vagin. La réduction est facilitée par des *manœuvres externes* grâce auxquelles le membre supérieur est ramené au-dessus de la tête et y est maintenu.

13 heures. — Dilatation complète. Accouchement spontané

d'une fille vivante 2.300 grammes. BiP. = 8.7; O. F. = 9.9.

Délivrance naturelle et complète vingt-cinq minutes après.

Mère sortie le onzième jour. Suites de couches normales.

Enfant bien portant, pesant 2.380 grammes à la sortie.

CONCLUSIONS

I. — La procidence d'un membre est la chute intempestive d'une petite partie fœtale qui, n'appartenant pas à la présentation, précède ou accompagne celle-ci, lorsqu'elle tend à s'engager ou s'engage dans la filière pelvi-génitale.

Le procubitus, ou latérocidence, existe lorsque la petite partie fœtale accompagne la présentation.

La procidence sera dite simple, double ou complexe suivant le nombre de membres prolapsés. Elle sera dite compliquée, quand le cordon accompagnera un ou plusieurs petits membres.

Elle sera antérieure ou postérieure, suivant sa position par rapport au bassin.

Enfin, elle sera primitive ou secondaire suivant la période à laquelle elle se sera produite (avant ou pendant le travail).

Le « déplacement dorsal » de Simpson est une variété de procidence.

II. — La procidence des membres est une complication peu fréquente. La moyenne générale de toutes les statistiques donne une procidence pour

222 accouchements. Notre statistique nous donne le chiffre de 1/299.

Le prolapsus des membres supérieurs est plus fréquent que celui des membres inférieurs.

Proportionnellement, les procidences accompagnant la présentation de la face sont les plus fréquentes ; puis vient le siège, puis le sommet et enfin, exceptionnellement, l'épaule.

Les procidences simples se rencontrent le plus souvent. Les variétés doubles et complexes sont rares. Les variétés compliquées sont plus fréquentes (1/3).

Le « déplacement dorsal » est exceptionnel.

III. — Les deux causes principales sont :

1° La non-accommodation de la présentation au détroit supérieur ;

2° Un déplacement initial du bras.

Le défaut d'accommodation est dû surtout aux viciations pelviennes (avec, en premier lieu, l'étroitesse du bassin), l'insertion vicieuse du placenta, les présentations vicieuses de la tête, le relâchement de la paroi utéro-abdominale, l'hydramnios. Toutes les autres causes signalées ne sont que des causes favorisantes.

IV. — Le diagnostic pourra être fait dans certains cas, avant le travail, par la palpation externe. Pendant le travail en reconnaîtra quel est le membre prolapsé et quelle est l'extrémité fœtale qui se présente. On s'efforcera de reconnaître les variétés.

On pensera à la possibilité d'une grossesse gémel-

laire et on cherchera à savoir auquel des 2 fœtus appartiennent le ou les membres descendus.

Le « déplacement dorsal » sera rarement diagnostiqué.

V. — La marche de l'accouchement sera souvent retardée par les membres procidents et parfois l'accouchement ne pourra pas se terminer sans intervention.

Le pronostic pour la mère sera rarement grave. Cependant des complications sérieuses et même des cas mortels ont été signalés.

Le pronostic est plus sévère pour l'enfant. Celui-ci présente des complications dues à la compression de la tête ou du bras (déformations, eschares, gangrène, fractures, hémorragies méningées) et qui peuvent entraîner sa mort.

Il peut mourir également par asphyxie due au retard apporté dans la marche de l'accouchement.

Pour la mère et pour l'enfant le pronostic dépendra aussi de la nature de l'intervention.

VI. — Les membres prolapsés peuvent se réduire spontanément ou se dégager avec la présentation ; mais il ne faudra pas attendre cette éventualité, sauf dans les présentations du siège.

Il faut tenter la réduction immédiate. Celle-ci sera pratiquée par des manœuvres externes si le diagnostic est fait avant le travail ou si la dilatation n'est pas complète. Au moment du travail on recourra aux manœuvres internes.

Lorsque la réduction échoue, on pourra alors

attendre quelque temps, car la réduction spontanée est toujours possible, puis on interviendra.

Pour les procidences simples des membres supérieurs on doit recourir au forceps et en cas d'insuccès à la version ;

Pour les procidences simples des membres inférieurs les deux opérations peuvent être pratiquées indifféremment, mais si le bassin est rétréci il faut préférer la version.

Les procidences doubles, complexes, compliquées et le déplacement dorsal commandent également la version.

Enfin, lorsque l'enfant est mort on fera toujours la perforation simple ou la basiotripsie, si l'accouchement ne se fait pas spontanément.

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu : le Président de la thèse
RIBEMONT-DESSAIGNES

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

(OUVRAGES NON CITÉS DANS LES NOTES)

- Appelford et Hermann.* — Brit. med. Journ., 16 janv, 1886, p. 110.
- Arnaud.* — Observations sur la pratique des accouchements, 1874.
- Atwater.* — Prolapsus de la main, du pied et du cordon (American Journal of. Obst., avil 1882).
- Bailly.* — Thèse d'agrégation, 1866.
- Bar, Brindeau et Chambrelent.* — Pratique de l'art des accouchements, t. II, p. 601.
- Barbour.* — Déplacement du bras en arrière (Société obstétricale d'Edimbourg).
- Beau.* — In Revue médicale de la Suisse romande, 1905, p. 503.
- Belin.* — Thèse de Shrasbourg, 1856.
- Bilsted.* — Observation in l'Obstétrique, 1914. p. 1398.
- Champion.* — Lettre sur les accouchements.
- Chailly-Honoré.* — Traité pratique de l'art des accouchements, 1845.
- Crédé.* — Verhandlung der Gesell. für Geburt. Berlin, 1851.
- Czarnecki.* — In Répertoire univers. d'Obst, avril 1894, p. 186.
- Dubrisay et Jeannin.* — Précis d'accouchements, 5^e édit. Paris.
- Farabeuf et Varnier.* — Traité d'Obstétrique.
- Gallicani.* — Obs. in Gazetta toscana, 1855.
- Guéniot.* — Thèse de Paris, 1865.

Jærg. — Hab. der Gebürsthülfe, 1833.

Kæser. — Thèse inaugurale de Berne, 1890.

Leopret. — Traité d'accouchement, 1847.

Long. — American Journ. of Obst, 1885, p. 747.

Moreau. — Traité d'Accouchement.

Munræ. — Brit. med. Journal, 1884.

Naegelé et Grenser. — Traité d'accouchement 1880., Trad. Aubenas.

Retit. — Annales de Gynécologie, t. I, 1874, p. 272.

Brissaud, Pinard et Reclus. — Pratique médico-chirurgicale, art. procidence.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'Obstet., p. 1117.

Ræderer. — Elementa artis obstetrical.

Wigand. — Traduit in thèse Doctorat de Belin, Stasbourg 1856.

Winckel. — Lehrbuch der Geb., 1889.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION ET HISTORIQUE.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Définition et variétés.....	17
CHAPITRE II. — Statistique.....	25
CHAPITRE III. — Étiologie.....	39
CHAPITRE IV. — Diagnostic.....	51
CHAPITRE V. — Marche de l'accouchement et pronostic.	63
CHAPITRE VI. — Conduite à tenir.....	81
Observations.....	101
CONCLUSIONS.....	136
BIBLIOGRAPHIE.....	141

